UNIVERSITÉ PARIS-SUD

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-SUD

N° 64

Année 1975 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

LE CHARPENTIER Marie-Geneviève

Née le 25 Septembre 1947, à Paris (XIV°).

Présentée et soutenue publiquement le

DROGUES ET TOXICOMANIES

Président : Mr. SAPIN-JALOUSTRE, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6e)

1975

UNIVERSITÉ PARIS-SUD

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-SUD

Année 1975 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

LE CHARPENTIER Marie-Geneviève

Née le 25 Septembre 1947, à Paris (XIV°).

Présentée et soutenue publiquement le

DROGUES ET TOXICOMANIES

Président : Mr. SAPIN-JALOUSTRE, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6e)

1975

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MON PERE ET A MA MERE ,

en témoignage d'amour filial
et de reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548117_0040

A Monsieur le Professeur SAPIN-JALOUSTRE

Professeur de Médecine Préventive
à l'Université de Paris-Sud

Officier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre respectueuse
gratitude.

A Monsieur le Professeur Georges MATHÉ

Professeur de Cancérologie Médicale
à l'Université de Paris-Sud

Chef du Service d'Hématologie de l'Institut Gustave Roussy

Directeur de l'Institut de Cancérologie et d'Immunologie
à l'Hôpital Paul Brousse

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre profond
respect.

A Monsieur le Professeur agrégé R. MISES

Professeur agrégé de Psychiatrie
à l'Université de Paris-Sud

En témoignage de notre profonde estime.

A Monsieur le Docteur POÏVET

Qu'il trouve ici, avec nos remerciements, le témoignage de notre reconnaissance.

A Messieurs les Docteurs AUBERT, BOUTIER,
MARIE, BASTIE, LAVAGNA.

A nos Maîtres de Faculté

Qu'ils soient assurés de notre
respectueuse gratitude.

DROGUES ET TOXICOMANIES

P L A N

- INTRODUCTION

- RAPPEL HISTORIQUE

- PREMIERE PARTIE : TOXICOMANIES DES ADOLESCENTS : LA DROGUE.

CHAPITRE I - Etude des toxicomanies.

A)- Généralités.

a)- Définition de la toxicomanie.

b)- Principaux caractères :

- Besoin artificiel
- Fléau social : vie morale et sociale du toxicomane

B)- Classifications des différentes drogues.

a)- Classifications

- O.M.S.
- Lewin
- Deniker

b)- Sur le plan chimique et psycho-physiologique

c)- Classification sur le plan géographique.

d)- Classification sur le plan social.

C)- Le triple aspect de la toxicomanie :

a)- économique,

b)- physique,

c)- psychologique.

CHAPITRE II - Lutte contre les toxicomanies.

A)- Plan thérapeutique.

a)- Principes de base du traitement.

b)- Les différentes phases du traitement.

B)- Plan prophylactique :

a)- Etude de la réglementation :

- internationale,

- nationale : en France

. Lutte contre le trafic illicite,

. Lutte contre le trafic licite.

b)- Etude de la prévention générale.

C)- Conclusion.

- DEUXIEME PARTIE : TOXICOMANIES DES ADULTES.

CHAPITRE III - Alcoolisme.

A)- Métabolisme de l'alcool.

B)- Les courbes d'éthanolémie.

C)- L'alcoolisme :

a)- Symptomatologie de l'intoxication éthylique.

b)- L'alcoolique.

D)- Prévention et législation.

E)- Traitement de l'alcoolisme.

F)- Conclusion - Conséquences de l'alcoolisme.

CHAPITRE IV - Le tabagisme.

A)- La tabacomanie.

B)- Effets de la nicotine.

C)- Nature et composition chimique de la fumée du tabac.

D)- Les méfaits du tabac :

a)- Action sur l'appareil circulatoire.

b)- Action sur le système nerveux.

c)- Action sur l'appareil pulmonaire.

d)- Action sur l'appareil digestif.

e)- Actions diverses.

E)- Traitement du tabagisme.

- Conclusion en insistant sur la prévention.

- CONCLUSION GENERALE.

I N T R O D U C T I O N

De tout temps, les hommes ont cherché dans la drogue un mode inaccoutumé de vivre, une façon simple de s'évader de situations difficiles, une oasis de paix, un paradis artificiel ou même une façon particulière de s'exprimer, de se "relier" à un ou des êtres supérieurs, ou encore une manifestation de vie communautaire.

Ce qui différencie le phénomène d'aujourd'hui de celui d'autrefois, c'est que nous vivons dans un monde où les communications n'ont plus de frontières et sont dotées d'une rapidité de diffusion qui n'a de limites que l'imagination. Ainsi, des usages qui ont été jalousement gardés par un petit groupe durant des siècles sont aujourd'hui à la portée de tous.

De plus, les drogues destinées à l'usager sont de plus en plus nombreuses et il n'est plus nécessaire de faire un long voyage pour se les procurer. On peut faire son "propre voyage" (trip) à domicile.

La rapidité de diffusion des coutumes, la diversité des produits et la facilité à se les procurer se sont présentées comme une réponse inespérée à un monde où les tensions sont grandes, l'agitation excessive, la compétition énorme, les valeurs spirituelles rares et la vie communautaire difficile.

Il ne fallait ajouter au tableau qu'il climat social plus libéral, une structure familiale désorganisée, une extension à tous les milieux et à tous les âges (les trafiquants et pourvoyeurs s'attaquent

maintenant à des enfants de dix ans) , pour que l'usage de la drogue prenne ses proportions actuelles.

Notre objet d'étude sera centré sur les toxicomanies actuelles des adolescents portant sur la "drogue" essentiellement (opium, héroïne, hallucinogène, amphétamines, hypnotiques), puis sur les toxicomanies d'adultes (alcoolisme et tabagisme).

R A P P E L H I S T O R I Q U E

L'Antiquité connaissait déjà les vertus de certaines plantes appelées parfois "divinatoires" : le pavot dont on extrait l'opium était cultivé par les Egyptiens ; on en faisait des philtres et des breuvages sédatifs. Ces propriétés enivrantes du chanvre cultivé sur les plateaux de l'Inde, dont le hashisch est la résine, étaient utilisées pour provoquer l'exaltation dionysiaque dans certaines cérémonies religieuses. La migration et la diffusion de ces plantes et de leurs extraits se firent lentement au cours des siècles à travers tout l'Orient, où s'établit pour quelques sujets l'habitude d'une consommation fréquente ou permanente.

Si l'on excepte quelques produits de l'ancienne pharmacopée, comme le diascardium de Trascator, et le laudanum de Sydentrop, en usage depuis le XVe siècle, ce n'est guère qu'au début du XIXe siècle que l'opium et le haschisch firent leur apparition en Occident et le public apprit surtout à les connaître à travers le mirage d'une littérature d'esthètes et de poètes en quête de sensations nouvelles (Thomas de Quincey, Théophile Gautier). Baudelaire les exalta dans ses "Paradis artificiels".

A cette période de curiosité littéraire, succéda toute une période d'intérêt médical et psychologique. Déjà, en 1840, un aliéniste français, Moreau de Tours, publiait un important travail sur les désordres hallucinatoires et mentaux causés par le haschisch. Cet intérêt scientifique n'a fait que se développer par la suite ; on s'est penché sur le

problème physiologique que soulèvent le phénomène paradoxal de "l'accoutumance", l'état de besoin, et les dégradations que pouvaient faire subir à l'organisme ces intoxications prolongées.

L'alerte médicale se justifiait d'autant plus que l'industrie chimique et pharmaceutique qui commençait alors son prodigieux essor mettait en abondance sur le marché toute une série de produits alcaloïdes de l'opium (morphine, codéine, héroïne, etc...), puis de la cocaïne.

La rapidité et l'organisation de trafiquants clandestins favorisèrent, à la fin du XIXe et au début du XXe siècle, de véritables vagues d'assaut sous forme d'épidémies de morphinomanie d'abord, puis de cocaïnomanie, d'éthéromanie, enfin d'héroïnomanie, dont durent se préoccuper les pouvoirs publics comme de véritables fléaux sociaux.

Le problème des toxicomanies devient alors un problème social. La lutte doit être entreprise à l'échelon national d'abord, à l'aide de décrets, de réglementation, et, sur le plan international, par des commissions spéciales à la Société des Nations d'abord (commission dite de l'opium et autres drogues nuisibles), puis, ensuite, par la "commission des Stupéfiants" de l'O.N.U. qui continue et élargit les activités de la Société des Nations.

Cette vigilance est d'autant plus nécessaire que, d'une part, ceux que l'on a appelés les "gangsters de la drogue" n'ont pas désarmé et que, d'autre part, l'industrie chimique continue à prpduire en grande série des hypnotiques nombreux qui favorisent de véritables toxicomanies ; plus récemment, elle a réalisé des stupéfiants synthétiques, créant pour ceux qui en usent le même asservissement et leur faisant courir les mêmes dangers que les anciennes toxicomanies opiacées.

Mais, à côté de ces toxicomanies qui ne frappent pas le commun des mortels et restent - pourrait-on dire - des incrusions accidentelles dans la vie de certains sujets, il faut faire une place à des produits qui sont des familiers de notre vie journalière, mais dont l'usage quotidien peut créer une habitude un peu tyrannique et dont l'abus crée vite une servitude toxicomaniaque, susceptible parfois de répercussions psychiques et somatiques plus ou moins sérieuses.

Ce sont les boissons alcooliques, le tabac, le café et le thé, inoffensifs cependant à des doses modérées chez la plupart des sujets.

PREMIERE PARTIE

TOXICOMANIES DES ADOLESCENTS

LA DROGUE

C H A P I T R E I

ETUDE DES TOXICOMANIES

La drogue, l'alcool et le tabac représentent les principales causes de toxicomanies. Selon l'agent utilisé par le toxicomane, on peut envisager deux catégories de toxicomanies qui correspondent à une réalité sociale :

- les toxicomanies d'adolescents portant sur la drogue essentiellement ;
- les toxicomanies d'adultes : alcoolisme et tabagisme.

A)- GENERALITES.

Avant d'envisager successivement ces types de toxicomanies, il est nécessaire de rappeler quelques notions générales :

a)- Définition de la toxicomanie.

On entend par toxicomanie un mode de conduite qui a pour but, soit le refus de souffrances, soit la recherche de plaisirs, ce but étant atteint grâce à des moyens artificiels : "les drogues".

L'O.M.S. définit la toxicomanie comme "un état d'intoxication périodique ou chronique, nuisible à l'individu et à la société, engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique".

b)- Principaux caractères.

1- Un indicible désir ou un besoin impératif de consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens.

2- Une tendance à augmenter les doses.

3- Une dépendance d'ordre psychologique et physique à l'égard des effets de la drogue.

4- Des effets nuisibles à l'individu et à la société.

Cette définition de l'O.M.S. nous amène à nous demander ce que l'on appelle exactement par "drogue". C'est avant tout une substance naturelle ou chimique qui, agissant sur le cerveau, modifie la conscience et donc le comportement de celui qui la prend.

D'autre part, elle est utilisée par le sujet lui-même, non pas pour se soigner, mais pour rechercher une sensation agréable ou intéressante. En un mot, il s'agit d'une forme d'évasion. Mais cette évasion ne peut durer qu'au prix de la toxicomanie.

L'usage des stupéfiants entraîne à la longue l'habitude, l'accoutumance, l'état de besoin - la privation.

Pour bien comprendre la tyrannie de ces toxicomanies, il faut savoir que la plupart des drogues en cause commencent par créer passagèrement un état de bien-être physique, une sensation d'euphorie, une quiétude ou une exaltation psychique recherchés avec avidité par les sujets qui s'y adonnent.

La rançon de cette satisfaction se paie par trois phénomènes successifs : l'accoutumance, l'état de besoin et les accidents de privation.

L'accoutumance n'appartient pas en propre à la toxicomanie. C'est un phénomène de biologie générale ; c'est la réponse d'un organisme vivant à toute agression exagérée tendant à détruire son équilibre physiologique, dans l'évolution des espèces animales ou végétales. Elle est sans doute une étape de l'adaptation et de la survivance, mais, dans le cas particulier de la toxicomanie, l'agression toxique, si elle est parfois accidentelle, est le plus souvent voulue, recherchée pour ses effets euphorisants et l'accoutumance aux toxiques recule le seuil de ses effets et nécessite une augmentation croissante des doses pour y parvenir ; l'organisme peut alors supporter des quantités qui, pour l'opium par exemple, atteignent deux cents ou trois cents fois la dose qui tuerait un homme sain.

En résumé, l'accoutumance est l'état résultant de la consommation répétée d'une drogue. Elle se caractérise par :

1- un désir, non une obligation, de continuer à prendre la drogue, à cause de la sensation de bien-être qu'elle engendre ;
2- peu ou pas de tendance à augmenter les doses ;
3- une certaine dépendance psychique à l'égard des effets et une absence de syndrome de sevrage ou d'abstinence quand la prise de la drogue est supprimée ;
4- des effets nuisibles qui, s'ils existent, concernent avant tout l'individu.

L'accoutumance, phénomène qui peut apparaître isolé en biologie, est suivie, dans le cas particulier de la toxicomanie, de l'état de besoin: "faim" tyrannique du produit dont l'accoutumance est réalisée, proportionnelle au degré de cette accoutumance et, comme elle, progressive.

La manifestation clinique de l'état de besoin affecte essentiellement le psychisme et le comportement du toxicomane.

Le déclenchement de la crise qu'est l'état de besoin a sûrement une base physiologique : "L'habitude toxique est devenue un élément presque indispensable du métabolisme vital", disaient Dupré et Logre, et ces auteurs ajoutaient : "Dans une sorte d'engrenage psycho-physiologique, le poison, après avoir attiré par le plaisir, retient par la douleur ; le piège s'est refermé sur sa victime" ; mais, la participation physiologique ne saurait réduire la part incontestable de l'élément psychique.

La manifestation physiologique et psychologique de l'état de besoin n'est en fait qu'une étape dans le développement phénoménologique de la toxicomanie et représente le "signal d'alarme", précurseur des accidents de privation, de sevrage.

Le sevrage brutal du toxicomane nous fait assister à une crise plus ou moins grave selon la nature du toxique, et nous ne pouvons mieux l'illustrer ici qu'en rappelant le collapsus circulatoire du morphinomane en "panne de drogue", véritable épuisement organique.

L'étude de l'évolution d'une toxicomanie et des phases successives qui la schématisent nous permet, peut-être, de rapprocher l'aventure toxicomaniaque du syndrome d'adaptation de Jeyle, dont on retrouve du reste quelques éléments biologiques comme l'hyperadrénalinémie et l'hyperglycémie temporaires signalées par plusieurs expérimentateurs après injections de doses élevées de morphine.

Nous terminerons ces définitions sur la notion d'assuétude : état d'intoxication périodique ou chronique nuisible à l'individu et à la société. Cet état se caractérise par :

1- un désir insurmontable ou un besoin de continuer à absorber la drogue et de l'obtenir par tous les moyens ;

2- une tendance à augmenter les doses ;

3- une dépendance psychique et parfois physique aux effets de la drogue ;

4- des effets nuisibles à l'individu et à la société.

- Précédemment, nous avons envisagé l'état de besoin ; il faudrait également préciser qu'il s'agit d'un besoin artificiel, en ce sens qu'il n'est pas indispensable pour vivre de consommer du chanvre indien ou de l'opium.

- Ce besoin artificiel devient, à la longue, un véritable fléau social, une calamité publique, qui se présente sous un double aspect :

quantitatif,

qualitatif.

Aspect quantitatif, par son atteinte importante : le nombre de toxicomanes augmente régulièrement traditionnellement (il y a 20 ou 30 ans, on comptait 300 à 400 toxicomanes ; actuellement, on en compte entre 15.000 et 30.000 en France).

Aspect qualitatif : ce "fléau social" atteint toutes les classes de la société ; mais ce sont les toxicomanes sans profession qui sont les plus nombreux : l'oisiveté semblerait favoriser le développement de la toxicomanie.

Ce caractère de fléau social qui régit la toxicomanie nous amène à aborder la vie morale et sociale du toxicomane.

Durant de longues années, on s'est imaginé que l'habitude de certaines drogues procurait enrichissement des facultés intellectuelles,

exaltation de l'imagination et du pouvoir de création. Hors quelques brillants sujets, esthètes ou poètes, de sensibilité exquise ou d'imagination brillante, qui nous ont révélé les délices de leurs sensations ou transcrit leurs visions extraordinaires, en fait la plupart des toxicomanes obéissent à des instincts plus frustes, loin d'être compensés par les affinements de leur intelligence.

Les sujets ne trouvent, dans les prétendues envolées de l'opium ou du haschisch ou dans les griseries de la cocaïne, que ce que les ressources de leurs facultés leur permettent d'y apporter et pour un temps seulement. Tous, pourrait-on dire, mangent "leur blé en herbe" et tombent assez vite dans une stérilité d'esprit improductive.

Bien loin de trouver dans son poison le redressement de son déséquilibre ou l'apaisement de ses souffrances, le toxicomane connaît, et pour un temps très éphémère, l'illusion de la paix, du calme ou de la farce.

C'est, à plus ou moins brève échéance, une inévitable dégradation morale, une vie de dissimulation, de capitulations journalières et finalement de déchéance sociale.

Quand le sujet appartient à un cadre régulier (fonctionnaire civil ou militaire) ou à une profession qui lui crée des obligations constantes (commerce, professions libérales), sa vie peut être assurée assez longtemps par un automatisme de métier qui sauve les apparences. Tant que la passion clandestine peut être satisfaite aisément et à peu de frais, les répercussions familiales ou sociales sont minimes. On a même vu des toxicomanes parvenir à de hauts postes dans la vie publique. Quand le sujet rentre dans la catégorie des oisifs ou des gens dont le travail est livré à leur propre inspiration (artistes, littérateurs, compositeurs

la vie est plus vite et plus profondément perturbée : ce sont l'irrégularité dans le travail, l'inversion des jours et des nuits, les longues périodes d'improductivité ou les extravagances d'une vie fantaisiste et déréglée.

Mais, que des difficultés de ravitaillement en toxique surgissent, c'est le désarroi, avec toutes ses conséquences, l'affolement, la recherche coûte que coûte de la drogue. C'est plus souvent et plus ordinairement l'endettement, les contacts déshonorants, la ruine sociale, parfois la vol et l'indélicatesse, et, chez la femme, les compromissions, la prostitution ; quand un incident judiciaire, quand un épisode aigu (crise délirante ou hallucinatoire) ne viennent pas brusquer les événements.

La déchéance et la ruine arrivent plus ou moins vite.

Le toxicomane n'est plus alors qu'une épave que guette un brusque collapsus cardiaque, une infection intercurrente ou la vie misérable de l'hôpital après une longue période d'inanition, d'avitaminose, de dénutrition et de privation.

Cette échéance misérable ne se produit que chez les "grands intoxiqués" ; mais bien des toxicomanes ne parcourent pas cette courbe évolutive à la même cadence ou avec la même gravité, comme nous allons le voir dans l'étude particulière consacrée à chaque toxicomanie.

B)- CLASSIFICATION DES DIFFERENTES DROGUES.

a)- Il est en fait très difficile de classer les "toxiques".

= 1)- Les experts de l'O.M.S. ont proposé de distinguer (1952) :

1- Les drogues nuisibles à l'individu et à la société, qui produisent toujours la toxicomanie à une certaine posologie : ce sont

"les toxiques majeurs" de Porot (1945) :

- opium et ses dérivés ou substituts (morphine, héroïne),
- chanvre indien,
- cocaïne.

2- Les drogues qui ne font pas naître le besoin impérieux, mais qui sont recherchées par certains individus. Ici, la réaction psychique l'emporterait sur la réaction pharmacologique. On rangera dans cette catégorie les "toxiques mineurs" de Porot : tabac, café, thé.

3- Entre les deux, se situeraient les drogues participant de facteurs psychiques et pharmacologiques : hypnotiques, barbituriques, amphétamines.

= 2)- Lewin a proposé une classification des drogues en cinq groupes :

1- EUPHORICA : drogues euphorisantes, comprenant l'opium et ses dérivés naturels (morphine) ou artificiels (héroïne, dolosal, péthidine, palfium, coca, cocaïne, codéine).

2- PHANTASTICA : agents hallucinogènes : Peyotl, chanvre indien, cannabis, mescaline, LSD 25, STP, atropine, khat, noix de muscade.

3- INEBRIANTIA ou substances enivrantes : alcool, chloroforme, éther, benzine, toluène, renifleurs de colle (enfants), trichloréthylène, naphtomane (se "saoûlant"au pétrole), acétone.

4- HYPNOTICA : agents du sommeil : barbituriques, tranquillisants.

En fait, tous les sédatifs de l'anxiété, les drogues hypnogènes.

5- EXCITANCIA : les stimulants psychiques : café, thé, tabac, psychotoniques.

= 3)- En fait, les Pr. Delay et Deniker ont établi une liste de substances psychotropes (ensemble des substances chimiques d'origine naturelle ou artificielle qui ont un tropisme psychologique susceptible de modifier l'activité mentale sans préjuger le type de cette modification) susceptibles d'être utilisées ou utilisées habituellement à des fins abusives par les drogués. Ce sont :

1- Les psycholeptiques ou sédatifs : dépresseurs de l'humeur.

Hypnotiques :

. Barbituriques, à l'origine de nombreux abus, notamment :

amobarbital (Eunoctal, Binoctal, Supponoctal),

barbital (Véronal, Vériane Buriat),

butolbital (Optalidon),

butobarbital (Sonéryl, Suppaneryl),

heptobarbital (Médamine),

pentobarbital (Nembutal),

phénobarbital (Gardénal),

sécobarbital (Imménoctal, Binoctal, Supponoctal).

. Non barbituriques :

apronalide (Sédarmid),

chloral (sous forme de sirop).

Neuroleptiques :

Ces médicaments, du type Largactil, Melleril, Moditen, Droleptan, Halopéridol, ..., ne paraissent pas avoir donné lieu jusqu'ici à des abus toxicomaniaques, bien que pour certains une possibilité de "pharmacomanie" ne soit pas exclue.

Psycholeptiques de transition :

Appartenant notamment aux groupes des phénothiazines et du thioxanthène, ils ne paraissent pas avoir donné lieu à de nombreux abus

toxicomaniaques. On note toutefois une certaine pharmacomanie à l'alimémazine (Théralène) et à la prométhazine (Phénergan).

Tranquillisants :

. Benzodiazépines à l'origine d'abus, notamment :

Chlorazépate (Tranxène),

Diazepam (Valium),

Nitrazépam (Mogadon),

Oxazépam (Séresta).

. Autres, ayant occasionné de plus nombreux abus :

Hydroxyzine (Atarax),

Mecloqualane (Nubarène, Nubalgyl),

Méprobamate (Equanil, Procalmadiol),

Méthaqualone (Mandrax).

2- Les psycho-analeptiques ou stimulants du psychisme.

a- Stimulants de la vigilance.

. Amphétamines proprement dites, qui ont donné lieu à de nombreux abus :

Amphétamine racémique (Corydrane),

Dexamphétamine (Maxiton),

Méthamphétamine (Tonédron).

. Anorexigènes à structure amphétaminique.

Ces médicaments, utilisés contre l'obésité, sont à l'origine, à la fois de "pharmacomanies" et abus toxicomaniaques :

Amfépentarex (Proligne),

Amfépramone (Derfan, Préfamone),

Benzphétamine (Inapétyl),

Chlorphentermine (Lucofène),

Chlobenzarex (Dinintel),

Ethylamphétamine (Adiparthrol),

Fenproparex (Perphoxène),

Furfénarex (Frugalan),

Méfénarex (Pondinil),

Métamfépromone (Effilane),

Phentermine (Linyl).

. Autres, ayant occasionné des abus :

Fénetylline (Captagan),

Lévacetopérane (Lidépran),

Méthylphénidate (Ritaline),

Phenmétrazine (Cafilan, Préfudine).

b- Stimulants de l'humeur ou antidépresseurs.

Qu'il s'agisse des IMAO, tels le Morplan, le Marsilid, ou de dérivés de l'iminodibenzyle, tels l'Elavil, le Tofranil, ces médicaments ne semblent pas avoir, jusqu'ici, provoqué d'abus.

3- Psychodysleptiques ou perturbateurs psychiques.

Déf. : Ils dévient, perturbent l'activité mentale, engendrent une déviation délirante du jugement avec distorsion de l'appréciation des valeurs de réalité. Ces substances peuvent être génératrices d'hallucinations, d'illusions, d'états oniriques oniroïdes, confusionnels, de syndrome de dépersonnalisation.

Ces substances engendrent par excellence une toxicomanie (prise répétée volontaire de "n'importe quoi"), cadre dans lequel peuvent apparaître les phénomènes isolés ou associés suivants :

- Phénomène de tolérance (habituation progressive d'un

organisme à cette substance, d'où la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet) ;

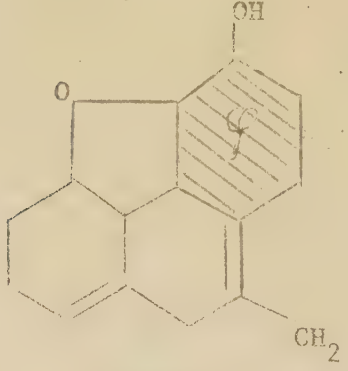
- Phénomène de dépendance physique (la substance est indispensable au sujet qui, s'il en est privé, présente un syndrome de sevrage ou de carence : tableau opposé à celui de la prise du médicament et se traduisant par une mydriase, diarrhée, état de choc...).;

- Dépendance psychique de la substance (compulsion ressentie par le sujet, besoin de se procurer de la drogue par tous les moyens.

Parmi les psychodysleptiques, nous distinguerons :

a- Les stupéfiants traditionnels :

. Opiacés et analgésiques centraux traditionnels de type morphinique, qui ont donné lieu à de nombreux abus : gélules ou comprimés contenant de la poudre d'opium, tels que Lamoline, suppositoires d'extrait d'opium, tels que Homopavine faible, elixir parégorique (potion Barel, entéricure, bismupar), laudanum de Sydenham, Dextromoramide (Palfium), héroïne, morphine, oxycodane (Eubine, Pencadone), Péthidine (Dolosal), Pentazocine (Fortal).



MORPHINE

. Cannabis

. Cocaïne

b- Hallucinogènes

. Lysergide

. Mescaline

. Psilocyline

. S.T.P. (sérénité, tranquillité, paix) ou DOM (structure amphétamique).

c- Producteur d'ébriété :

. Alcool : outre qu'il engendre par lui-même une dépendance, il est fréquemment utilisé pour les drogués pour son effet potentialisateur des psycholeptiques, barbituriques et tranquillisants en particulier.

. Ether

. Solvants organiques (trichloréthylène, acétone,...).

d- Alcaloïdes parasympathomimétiques dérivés du tropane, contenus dans les poudres et cigarettes anti-asthmatiques (Escauflaire, Legros).

En fait, si nombreux que soient les agents essayés par les jeunes adeptes de la drogue, on peut dire que la consommation va se concentrer sur .

1- les stupéfiants : opium, héroïne ;

2- les hallucinogènes : chanvre et sa résine ;

3- les amphétamines ;

4- les hypnotiques et tranquillisants.

Nous envisagerons successivement ces différentes toxicomanies sur le plan :

- chimique et psycho-pathologique,
- géographique,
- puis social.

b)- Classification des différentes drogues sur le plan chimique et physiologique.

1)- Les stupéfiants.

Déf.- Ce sont les dépresseurs encéphaliques utilisés en thérapeutique comme analgésiques centraux.

On distingue quatre groupes de stupéfiants traditionnels :

- l'opium,
- le chanvre indien,
- la cocaïne,
- la morphine et ses dérivés naturels ou synthétiques : héroïne, péthidine, codéine.

Le chef de file des stupéfiants est l'opium ; son alcaloïde principal est la morphine, d'où l'on extrait l'héroïne.

L'héroïne est environ 3 à 5 fois plus active que la morphine. Il s'agit là de l'une des drogues les plus toxiques qui soient utilisées actuellement.

Les voies d'introduction des stupéfiants sont multiples.

- La voie parentérale : les injections sous-cutanées, intra-musculaires et intra-veineuses sont surtout utilisées dans nos pays pour l'héroïne, la morphine, la cocaïne, le dolosal. La voie intra-veineuse est préconisée par les toxicomanes, car l'action euphorique est très rapide.

- La voie buccale : encore adoptée en Orient, en Asie Mineure (mangeurs d'opium) ; par contre, peu employée en France.

- La prise nasale et l'inhalation de fumée : la cocaïne est prisée ; l'héroïne est parfois prisée ou fumée (rare en France).

En France, la voie parentérale est la plus importante, la voie intra-veineuse est en progression ; on a même parlé du "complexe de la seringue".

Les opiacés (opium, morphine, héroïne) mettent au début le sujet dans un état agréable de bien-être physique ou psychique, tout en diminuant et parfois en suspendant les fonctions d'émotivité et de perception avec souvent une réduction ou une suppression de la conscience.

Le tableau d'intoxication sera initialement marqué par un certain degré d'euphorie avec parfois hallucinations visuelles, idéation aisée. Après cette période, s'installe la période de "servitude". Entre les injections, le malade devient lent, torpide, inactif.

Enfin, apparaissent l'irritabilité, les crises d'angoisse, les troubles du sommeil, l'impuissance sexuelle.

Parallèlement, apparaissent des troubles organiques graves :

. troubles digestifs et de la nutrition (asthénie, anorexie),

. troubles circulatoires avec tendance aux lipothymies,

. troubles cutanés, urinaires,

. troubles neurologiques : semi-paralysie des membres inférieurs, tremblements, hyperesthésies, insomnies,

. troubles de la mémoire et de la volonté.

Cet état évolue relativement souvent vers un état de cachexie terminale.

L'héroïne, tirée de la morphine, cinq fois plus active qu'elle, est l'une des drogues les plus toxiques utilisées actuellement.

Prise généralement en injections, elle a une action très brutale, parfois responsable de mort subite lorsque la dose est trop élevée.

Au plaisir violent initial, succède l'état de bien-être. Mais rapidement, l'effet agréable de l'héroïne s'arrête pour laisser le sujet dans un état de "servitude", car ce produit crée une très grande dépendance psychique et surtout physique qui peut survenir dès les toutes

premières prises. Le toxicomane en proie à des crises d'irritabilité, d'angoisse, à des troubles digestifs, circulatoires et neurologiques, est poussé, pour supprimer ces sensations insupportables, à reprendre une nouvelle dose.

Il s'agit alors d'un "cycle infernal" qui amène à la fois une déchéance morale et une déchéance physique (endocardite, abcès, hépatite virale) qui peut aller jusqu'à un affaiblissement et un amaigrissement extrêmes du corps (cachexie) conduisant à la mort.

D'après les dernières estimations sur l'usage de l'héroïne, il apparaît que, si, en 1970, 19 % des toxicomanes l'employaient, en revanche, en 1971, le pourcentage est monté à 34 %.

La cocaïne, issue de la coca, bien que n'entrant pas dans la catégorie des opiacés, a des effets très voisins. Elle procure une euphorie active (besoin irrésistible d'activité physique et intellectuelle), puis hallucinations auditives, mais surtout visuelles. Il peut apparaître des délires de persécution.

Le chanvre indien et ses dérivés : cette toxicomanie a un caractère moins tyrannique que les toxicomanies causées par les autres drogues de même type. On retrouve :

- une perte de l'incitation à l'action ;
- sur ce fond, surgissent des épisodes aigus de type confuso-onirique ;
- Parfois, l'état confusionnel se prolonge sous la forme de psychoses atypiques d'allure schizophréniforme.

Le chanvre indien crée peu de tolérance, pas de dépendance physique, une dépendance psychique.

2)- Les hallucinogènes.

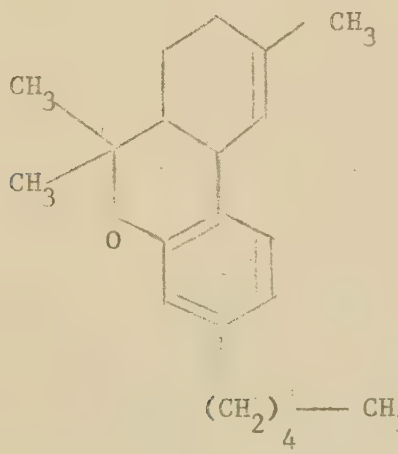
Déf.- Ce sont des drogues psychodysleptiques, c'est-à-dire des substances perturbant l'activité mentale, qui se caractérisent par leurs aptitudes à provoquer des hallucinations.

On peut classer ces drogues en :

- substances naturelles,
- substances d'origine pharmaceutique,
- toxiques d'invention clandestine qui ont été sélectionnés ou mis au point par les chercheurs de la psychopharmacologie "parallèle".

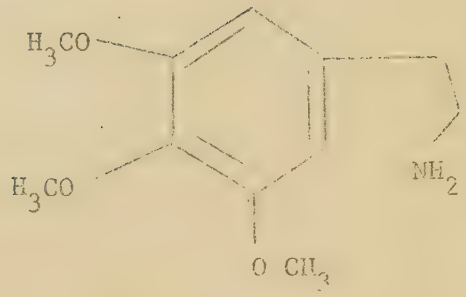
Parmi les substances naturelles, le chanvre indien (Cannabis Sativa) est largement utilisé sous forme de haschisch, de marijuana et de kif, dont le principe actif est le tétrahydrocannabinol.

Son usage est parti de l'Asie centrale, des Indes, et a gagné le monde entier. Dans la métropole, le chanvre indien est beaucoup utilisé par les Nord-Africains transplantés.



TETRAHYDROCANNABINOL

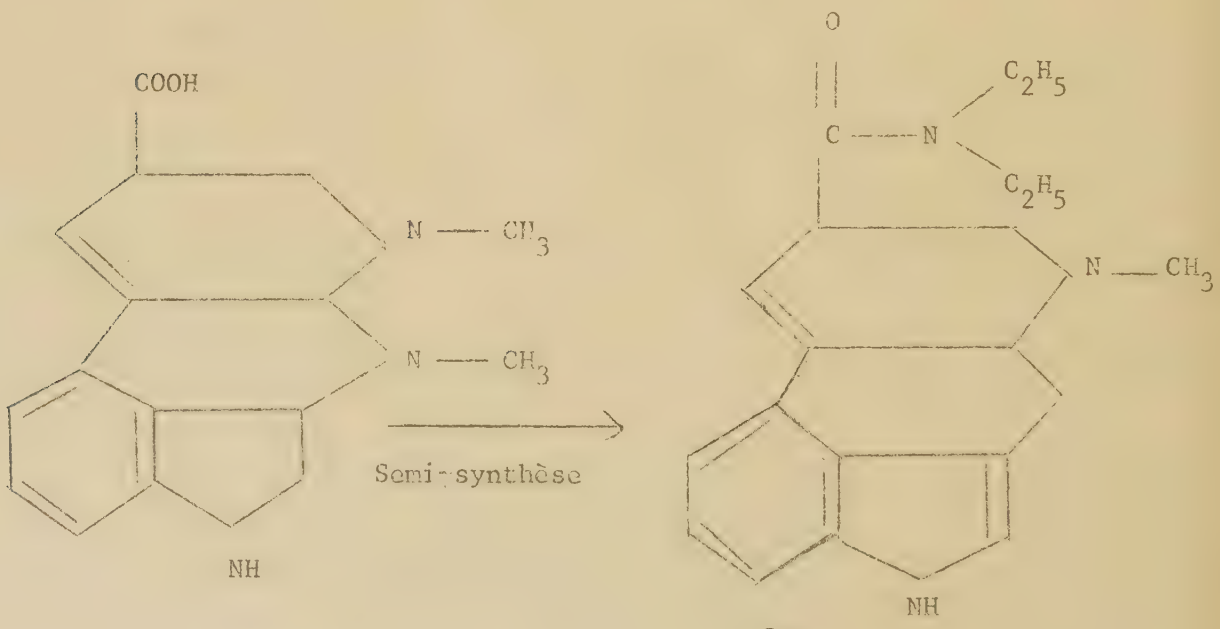
Parmi les substances naturelles, est également utilisé le peyotl, sorte de cactus poussant au Mexique et ayant un pouvoir hallucinogène. Son activité est connue depuis 300 ans avant Jésus-Christ. Il est utilisé sous forme de poudre blanche ; son principe actif est la mescaline.



MESCALINE

Parmi les substances d'origine pharmaceutique, seul le lysergamide (LSD_{25}) et ses dérivés voisins sont largement utilisés par les toxicomanes Le LSD a bénéficié de nombreux éléments favorables à sa diffusion : il a un très bon "rendement", 1mg peut fournir 4 à 10 doses toxiques ; sa synthèse clandestine est relativement facile à partir de l'acide lysergique. C'est un liquide incolore, facile à dissimuler sur du sucre, du papier buvard.

Le lysergamide a connu une vogue immense en France avec le mouvement "hippie". C'est le toxique du "jeune" par excellence.



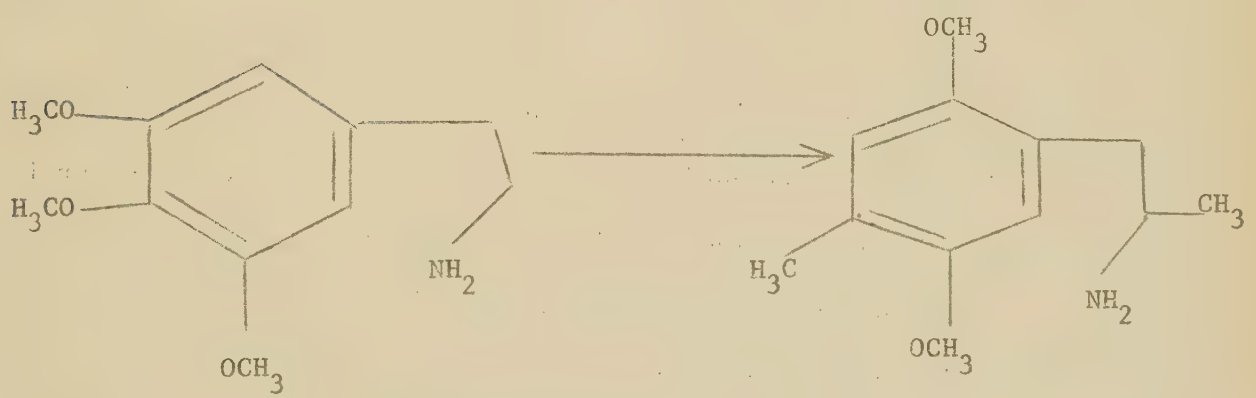
ACIDE LYSERGIQUE

LSD 25

DIETHYLAMIDE DE L'ACIDE LYSERGIQUE

Les toxiques d'invention clandestine présentent une grande diversité : la peau de banane grillée, la colle de modèles réduits sont relativement anodines, bien que cette dernière constitue parfois le premier palier de "l'escalade" qui conduit aux hallucinogènes majeurs.

Beaucoup plus dangereux est le DOM (2,5 diméthoxy 4 méthylamphétamine) qui est un hallucinogène puissant à action prolongée, actif à très faible dose (5 mg). Ce produit s'est largement répandu dans les milieux hippies où on l'appelle STP, du nom d'un produit qu'on ajoute à l'essence parce que cette drogue a la même fonction de "tigre dans votre moteur". Des modifications de la mescaline ont conduit à ce DOM doué d'une activité 5 à 100 fois supérieure à celle du produit naturel. Cette augmentation d'activité a été obtenue par introduction, dans la chaîne latérale de la mescaline, d'une ramification identique à celle de l'amphétamine. Ce corps est obtenu entièrement par synthèse.



MESCALINE DOM ou STP

Est également utilisée de la poudre à priser : DMT (diméthyltryptamine), dérivé de l'amanite citrine, qui procure un "voyage" d'une demi-heure à une heure.

Des boissons hallucinogènes sont préparées à partir d'écorces

de différentes lianes (banisteriopsis capi) et ont des propriétés télépathiques, provoquant des hallucinations visuelles bleues, puis rouges.

Une vingtaine d'espèces de champignons ont des propriétés hallucinogènes (psilocybae), dont le principe actif est la psilocine. Ils provoquent un dédoublement de la personnalité : des motifs abstraits défilent très rapidement. Le goût et l'odorat sont affectés ; il y a perturbation du temps ; la mémoire est renforcée et les visions sont magnifiques.

Le LSD crée peu de tolérance, pas de dépendance physique, mais surtout une dépendance psychique.

Les modifications physiques produites par les hallucinogènes sont peu nombreuses, la plus marquée étant la mydriase.

Par contre, les séquelles psychologiques sont très importantes. Sidney Cohen classe ainsi les troubles mentaux :

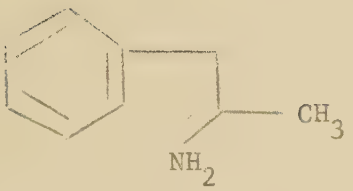
- Etat confuso-onirique transitoire, durant en général moins de 48 heures si l'intoxication est simple ;
- Etat paranoïde aigu sans confusion ;
- Réactions sphizophréniques : désordres psychotiques plus prolongés ;
- Réactions paranoïaques. Elles se rencontrent le plus souvent chez les sujets ayant pris des amphétamines ;
- Hallucinose persistante. Il s'agit essentiellement de modifications perceptives s'accompagnant d'une grande anxiété ;
- Dépression psychotique (des auteurs américains).

3)- Les amphétamines.

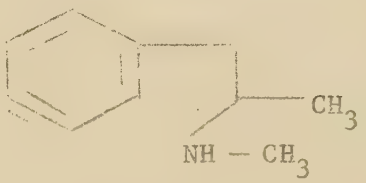
Ce sont des psycho-analeptiques puissants. Ils augmentent la vigilance et produisent une excitation du système nerveux.

Les principaux dérivés utilisés par les drogués sont :

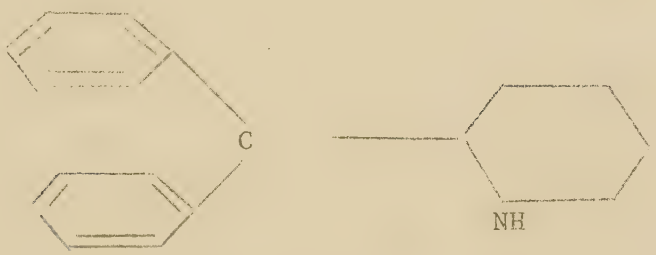
- la dextroamphétamine (MAXITON),
- la métamphétamine (TONEDRON),
- le pipradol (MERATRAN).



MAXITON



TONEDRON



MERATRAN

Les amphétamines provoquent surtout des troubles de l'humeur et du comportement. Les intoxiqués disent qu'ils font "une parano", c'est-à-dire un syndrome fait de méfiance immédiate, instinctive, envers toute parole et tout geste.

Les amphétamines produisent une dépendance physique modérée, une tolérance, une importante dépendance psychologique. Le sujet multiplie les injections et rapidement se structurent de véritables psychoses de persécution.

4)- Les hypnotiques et tranquillisants.

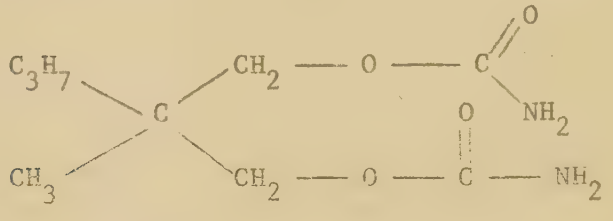
Ce sont des dépresseurs centraux qui, s'ils sont pris à des doses excessives, provoquent un état confusionnel et des troubles caractériels marqués.

Les dérivés les plus importants sont les barbituriques modernes :

- BINOCTAL (amobarbital + sécobarbital),
- DINOCTIN (sécobarbital + amoxydramine),
- EUNOCTAL (amobarbital),
- IMMENOCTAL (sécobarbital), etc...

et les tranquillisants :

- EQUANIL (Méprobamate) = dicarbomate de 2 méthyl - 2 n - propyl 1, 3 - propane diol



- DOGMATIL (sulpiride)
- VALIUM (diazepam).

Le fond mental du "barbitomane" chronique est caractérisé par :

- des troubles de l'humeur et du caractère : irritabilité et manifestations agressives vis-à-vis de l'entourage ;
- une diminution de l'affectivité et du rendement social.

Sur ce tableau chronique peuvent survenir des accidents aigus :

- état d'excitation psychique avec confusion et onirisme ;
- psychose de sevrage avec développement d'un syndrome d'abstinence ;
- enfin, si la crise n'est pas jugulée, on observe, vers le quatrième ou cinquième jour, un tableau délirant et hallucinatoire.

A ces signes psychiques, s'ajoutent des manifestations cutanées :

- des douleurs,
- une atteinte du foie et du rein.

Des complications courantes peuvent encore venir se greffer sur ces diverses toxicomanies, notamment :

- le risque suicidaire, qu'il soit volontaire en période de dépression, ou involontaire pendant les "voyages hallucinatoires" ou lors de l'utilisation des amphétamines.
  Ces suicides sont dus essentiellement au manque d'un véritable amour des parents, capable d'imposer avec autorité la sécurité.
- les surinfections, dues à un manque d'asepsie du matériel utilisé pour faire les injections (hépatite virale d'injection).

Au terme de cette classification des drogues et toxicomanies sur le plan chimique, psycho-physiologique, nous aborderons la classification sur le plan géographique et social.

c)- Classification sur le plan géographique.

L'usage des drogues reste très répandu en Extrême-Orient et en Amérique latine.

La toxicomanie fait partie des coutumes ancestrales ; depuis longtemps, les Hindous fument l'opium et les peuples de l'Asie mineure consomment le chanvre indien.

L'opium est produit en Extrême-Orient, Inde, Chine, Turquie ; il envahit l'Angleterre au XIXe siècle ; ses louanges sont chantées par le "pape de l'opium", Thomas de Quincey.

Le chanvre indien est cultivé en Asie mineure, en Afrique et tend à envahir l'Europe et l'Amérique du Nord.

Les autres produits modernes hallucinogènes, amphétamines, hypnotiques sont fabriqués en Occident : Europe et Amérique du Nord.

d)- Classification sur le plan social.

1)- L'opium, le chanvre indien, le coca affectent les couches les plus pauvres de la population. C'est le toxique des prostitués, des "pauvres gens".

Ainsi, en Chine, en Amérique latine, en Egypte, les toxicomanies atteignent les paysans comme les citadins.

2)- Les produits modernes affectaient autrefois :

- les milieux raffinés, "les gens chics", les "riches".

Maintenant, de nouvelles catégories de toxicomanes apparaissent :

- les médecins et les artistes fournissent un fort pourcentage, mais ce sont surtout les toxicomanes sans profession qui sont les plus nombreux : l'oisiveté semble favoriser le développement de la toxicomanie.

Une nouvelle catégorie est en augmentation : celle des "jeunes". L'âge de début est actuellement de 14, 15, 16 ans. On est "toxicomane avéré" entre 17 et 18 ans.

En 1966, la moitié des personnes interpellées avaient moins de 30 ans ; actuellement, on voit croître le nombre des mineurs : 50 mineurs de moins de 21 ans et 77 personnes de 21 à 30 ans.

On a recherché également une influence du sexe : en France, il y a autant de femmes que d'hommes ; par contre, en Amérique, le nombre d'hommes est très supérieur.

Au terme de cette classification des toxicomanies, nous envisagerons :

C)- LE TRIPLE ASPECT DE LA TOXICOMANIE :

- économique,
- physique,
- psychologique.

a)- Aspect économique de la toxicomanie.

Des facteurs d'ordre économique et politique interviennent dans la surproduction en stupéfiants dans certaines contrées du globe ; ce qui a pour conséquence une véritable "saturation" en drogue de la population.

Ainsi, au mois de Mai 1971, les Etats-Unis ont pris la décision d'acheter toute la production d'opium de Turquie, afin de diminuer le nombre de toxicomanes en Amérique.

En effet, les autorités américaines ont constaté que les drogués à l'opium s'approvisionnaient essentiellement en Turquie.

Actuellement, il devient de plus en plus nécessaire de chiffrer l'importance du phénomène.

1)- Importance des toxicomanies en France.

Le problème de la drogue en France est un problème nouveau, mais important parce que la drogue est en train de devenir un "problème de masse".

On constate que des trafics de drogue qui étaient en net déclin, comme celui de l'opium et les dérivés du pavot blanc (opium, morphine et héroïne), avant la guerre, avaient leur clientèle assez nombreuse dans certains milieux, artistes ou autres, et paraissaient en voie de disparition, réapparaissent de façon relativement impressionnante.

On procède à nouveau à des saisies d'opium par kilos et, en 1968,

il fut saisi 10 kg d'opium. Il faut remonter aux années 1920, 1925, 1930 pour relever des saisies de 20, 30, 40 kg d'opium. Durant les trois premiers mois de 1969, il fut saisi 7 kg d'opium introduit en France par des étrangers (et ce n'est qu'une partie minime du trafic).

Le trafic de l'héroïne est aussi inquiétant : 10 personnes ont été interpellées en 1968, 35 dans les trois premiers mois de 1969 et 3 kg d'héroïne furent saisis.

Plus important est le trafic du haschisch, qui est souvent un apprentissage avant de passer à des drogues plus nocives encore. L'usage du haschisch et des différents stupéfiants dérivés du chanvre indien (marijuana, kif) s'est beaucoup développé ces dernières années. On en saisit une certaine quantité, mais il en passe tout de même. En outre, c'est la drogue des jeunes "beatniks" itinérants, qui, venant des pays d'Orient, rapportent ce genre de produits dans leurs bagages.

De 1960 à 1966, on a arrêté à peu près 40 à 45 trafiquants de haschisch par an. Dans l'année 1967, on est passé à 91 et la progression continue.

Les saisies de drogues sont en rapport : 56 kg de haschisch de Septembre 1968 à Mars 1969 et seulement 23 kg en 1967.

Il y a aussi le problème des hallucinogènes et du LSD 25. On ne constate pas un usage du LSD comme aux U.S.A., mais il est cependant connu dans les milieux de jeunes.

Enfin, il y a le problème des médicaments qui s'ajoute à la drogue : le maxiton fut très en vogue en 1966 (vente actuellement réservée au corps médical) ; tonédron, préludine, elixir parégorique (ces produits sont maintenant inscrits au tableau B).

Traditionnellement, en France, il y avait 300 à 400 toxicomanes ; actuellement, il y en a entre 15.000 et 25.000. Les chiffres donnés par

la Préfecture de police pour 1969, dans la région de Paris, sont : 328 personnes interpellées sur une population de 6 millions 1/2 étaient des adeptes de la drogue et 37 % avaient moins de 20 ans.

2)- Importance des toxicomanies aux U.S.A.-

Voici quelques chiffres qui montrent l'étendue des ravages provoqués par la drogue :

- 100.000 hippies émigrant des villes vers les régions indiennes (les déserts près des réserves connues) ;
- 20 % des écoliers sont drogués (50 % selon les endroits) ;
- 65.000 héroïnomanes en 1968 ;
- 2 millions de marijuaneros. Ils ont moins de 40 ans, mais ils commencent à partir de 12 ans.

Toutes les classes de la société sont atteintes et ce problème est celui de la classe bourgeoise blanche. Le héros américain est de type hippie et se drogue. Le problème est, en fait, celui de la civilisation américaine et l'on ne parle que de cette "drug using culture" ou "drug abuse culture".

On estime à 30 millions le nombre de drogués américains sur 200 millions d'habitants.

3)- Consommation des hallucinogènes au Canada.

Le nombre de mises en accusation en rapport avec la marijuana est de :

24 en 1962,
411 en 1966,
1.570 en 1967,
plus de 3.000 en 1968.

On a estimé que près de 20 % des étudiants canadiens au niveau universitaire ont fait l'essai de la marijuana, 0,38 % du LSD.

On a également constaté la consommation par des jeunes de 8 à 17 ans de la colle utilisée pour le montage de modèles réduits d'avions. La substance toxique est le toluène. Les enfants versent le contenu du tube dans un sac de plastique dont ils reniflent les vapeurs toxiques qui provoquent, pendant 45 à 60 minutes, une hilarité, une euphorie, une excitation suivie d'ataxie et de dysarthrie.

Des complications d'ordre rénal et électro-encéphalographique ont été observées. Le pourcentage de jeunes utilisant la colle est de 1,29 %.

Durant cet essor rapide des toxicomanies, le problème du traitement se pose avec une acuité particulière.

La question qui se pose devant l'importance est la source d'approvisionnement du toxicomane. En fait, elle est de deux types :

- marché licite à l'aide d'ordonnances médicales,
- marché illicite ravitaillé par les trafiquants.

Pour se procurer les drogues au marché licite, les toxicomanes usent de divers stratagèmes : consultations simultanées de plusieurs médecins, fausses ordonnances établies ou falsifiées par les toxicomanes (l'usage du carnet à souches diminue de beaucoup cette pratique), prescriptions médicales irrégulières, ordonnance fictive pour malades fictifs par le médecin toxicomane les utilisant à son profit ; approvisionnement pour usage professionnel renouvelé fréquemment par le médecin toxicomane, ordonnances obtenues par "fausses" cures de désintoxication, délivrance irrégulière par pharmaciens ou personnel hospitalier (cas rare) ; parfois, marchés licite et illicite sont utilisés simultanément.

En fait, dans nos pays, l'origine des toxicomanies semble dater des dernières guerres. En effet, l'emploi de la morphine dans les hôpitaux a permis de soulager les douleurs des blessés. Parmi ces derniers, certains sont devenus "morphinomanes". Ceci nous amène à envisager :

b)- L'aspect physique de la toxicomanie.

En effet, les affections chroniques douloureuses peuvent conduire les malades à faire un usage prolongé de stupéfiants, et ces toxicomanies d'origine thérapeutique subsistent même si les phénomènes douloureux ont cessé.

Non seulement les douleurs physiques, mais aussi les douleurs morales sont également invoquées par les toxicomanes. Elles sont variées : chagrin, deuil, déception sentimentale.

On peut se demander, au terme de cet exposé, qui sont les toxicomanes ? Nous allons l'envisager dans :

c)- L'aspect psychologique de la toxicomanie.

Pour certains, ce sont des inadaptés sociaux. Il existerait chez eux un déséquilibre entre les besoins d'action et les possibilités de réalisation ; aussi voient-ils, sous l'effet des drogues, leurs sentiments d'infériorité s'effacer.

Pour d'autres, ce sont des "vicieux, pervers désoeuvrés" en mal de sensations nouvelles : écrivains, artistes espérant, avec l'aide des stupéfiants, stimuler leur esprit créateur ou faciliter leur travail intellectuel.

L'entraînement jouerait un grand rôle dans certains milieux. Il fut un temps où 50 % des prostituées de Montmartre consommaient de la cocaïne. Au début du XXe siècle, il y eut une morphinomanie "mondaine", développée parmi des "snobs".

L'image de marque du toxicomane classique tend de plus en plus à s'effacer pour laisser place à la toxicomanie du "jeune", son but étant la recherche du plaisir. Il connaît ce plaisir éprouvé lors de prises

antérieures de la drogue. Il se drogue seul ou dans des cercles d'initiés.

En fait, les toxicomanes actuels, qui sont-ils ? Ce sont surtout les jeunes générations en "mal d'idéal" qui, comme le chanteur Bod Dylan, recherchent la drogue, facteur d'oubli et de rêve, "parce que c'est bon, parce qu'on en a marre du reste".

Le maintien de la "tradition" n'est plus considéré pour tous comme un facteur de progrès. De plus en plus, on rejette, on remet en "question les anciennes normes et valeurs traditionnelles" qu'on ne sent plus adaptées à la vie quotidienne, sans pour cela arriver toujours à les remplacer par de nouvelles. Ainsi, les traditions sociales, morales et religieuses qui agissaient comme structures protectrices disparaissent et les gens se retrouvent isolés, désemparés.

D'autre part, l'accélération du rythme de vie, avec le bouleversement des connaissances né des progrès scientifiques et techniques, est, elle aussi, un facteur d'insécurité. De même, avec la modification de la structure familiale et l'évolution de l'enfance toujours plus ouverte sur l'extérieur, le décalage entre les générations s'accentue, si bien que les parents ont davantage de mal à accomplir leur mission éducative.

La distorsion enfin entre les objectifs que l'on se propose d'atteindre et la difficulté à les réaliser, entre les "besoins" sans cesse grandissants, parfois créés par la publicité (univers de rêve ou tout serait simple, facile, confortable) et la réalité quotidienne, amène les "jeunes" à s'évader d'une existence qui les déçoit.

C'est ainsi qu'une enquête récente, portant sur 2.339 lycéens, a permis de constater que la première motivation des jeunes drogués était d'abord "d'oublier le monde quotidien, d'échapper à l'ennui", enfin de fuir "l'angoisse et l'insécurité de la vie moderne".

Actuellement, on assiste à une transformation de la jeunesse.

Avant d'être ouvrier, employé, étudiant, on est "jeune". Formant un groupe plus homogène, sinon un bloc, la jeunesse a pris conscience de sa force et de ses capacités. Cependant, elle n'a ni "statut précis" ni "rôles définis".

Refusant de s'insérer dans une société qu'ils estiment hostile et d'avoir l'avenir de leur frère (cycle du travail - argent - consommation ou encore fameux slogan "métro - boulot - dodo"), sans trouver de sécurité auprès d'une mère trop occupée, "les jeunes se rebellent". Cette "crise d'adolescence" va donc se manifester, non plus sur le seul plan de l'individu, mais au niveau du groupe, et cela de deux manières opposées.

Il y a tout d'abord ce que l'on peut appeler une opposition active à la "société" qui se traduit par des excentricités dans les revêtements, la danse, la musique, des actes de vandalisme, et surtout par la contestation intellectuelle. Le jeune fuit une "société de consommation" qui entraîne la "dépersonnalisation", "le vide social", société qui tend à abolir l'individu en tant que sujet pris dans sa singularité. Ce refus de la société a pour origine en partie l'incompréhension entre parents et enfants, d'une manière plus générale entre adultes et adolescents : "ce sont toujours les autres qui ont tort".

En second lieu , une opposition "passive" tend à se développer davantage actuellement. La jeunesse refuse le "dialogue", voire même la "lutte". Ne pouvant adapter le réel à leurs aspirations, certains jeunes tentent de créer, en se "droguant", "un monde de rêve" où ils espèrent des relations meilleures et plus authentiques.

C'est ainsi que se sont développées les communautés hippies, prêchant la "non violence", le "désengagement", "le refus des valeurs traditionnelles", la libération de la routine quotidienne, et dont la drogue (LSD, marijuana et amphétamines) est le symbole de participation à la

communauté nouvelle qu'ils entendent créer.

La drogue est devenue une mode attirante par sa "nouveauté" et rapidement propagée parce que les jeunes, dès qu'ils ont du temps libre, se regroupent dans les cafés, boîtes de nuit, cercles.

L'influence des connaissances et relations, ainsi que la "pression du groupe" sont déterminantes lors du premier contact avec la drogue. Par curiosité et désir "d'être dans le vent", on ne refuse pas à un "copain" ou à un groupe d'amis de "consommer" en "commun" une drogue.

A la base également de cette attirance pour les drogues, il y a l'attrait du fruit défendu, le fait de transgresser un interdit. On peut saisir ici la préférence que les jeunes portent aux drogues plutôt qu'à l'alcool "réservé" aux 'adultes".

En fait, le toxicomane actuel n'a pas d'idéal précis. Ce serait avant tout une personnalité faible, immature, facilement influençable et fortement influencée par le mouvement socio-culturel. Parce qu'il est faible, le toxicomane cherche dans la drogue un moyen facile d'échapper au monde qui l'entoure. Paradoxalement, il a peur d'être seul et il fait partie d'un groupe, "inséré" dans son groupe, le toxicomane n'ose plus le quitter de peur d'être considéré comme "traître". De plus, le groupe fera tout pour retenir celui qui veut le quitter.

En dehors de ces motivations générales, le toxicomane cherche des effets plus particuliers dans la drogue :

- L'un est la tendance "psychédélique" qui a pour but de reculer les limites normales de la vie mentale par l'usage de stimulants (amphétamines). Ceux-ci connaissent de plus en plus d'adeptes. Le recours aux hallucinogunes tend à intégrer dans l'activité consciente les productions du rêve et des rêveries artificielles. La prise de LSD se fait de façon occasionnelle et à fortes doses.
- L'autre est l'utilisation souvent massive et brutale de stupéfiants qui

créent un régime d'euphorie passive réduisant les tensions pénibles et les pulsions violentes pour atteindre l'indifférence totale.

En fait, cette distinction entre drogués est très superficielle, surtout à l'heure actuelle. En effet, les trafiquants ne fournissent pas de produits purs, mais des mélanges, en particulier le mélange LSD - amphétamines. On assiste à de véritables "polytoxicomanies".

De plus, les compositions annoncées par le trafiquant sont rarement en accord avec celles existant réellement dans les pilules jaunes, vertes ou rouges.

Par ailleurs, le drogué n'est pas attaché à une drogue particulière ; quand sa drogue lui manque, il cherchera à se procurer par tous les moyens une drogue de remplacement.

On assiste de nos jours à une véritable "escalade de la drogue".

L'époque des vacances peut souvent être l'occasion d'un premier contact avec la drogue. Le premier pas vers la drogue commence avec la première cigarette de marijuana à la sortie du lycée ou de la "fac". Lorsque le terrain est favorable, il y a rapidement escalade vers d'autres drogues : LSD, amphétamines.

En outre, la facilité des moyens de communication, la "mode" d'aller visiter des pays lointains, sous-développés, où la population a coutume d'user de drogues, en rendent l'initiation aisée.

D'autre part, il n'est pas rare de voir ces "touristes", qui en ont goûté avec plaisir, rapporter avec eux des drogues pour "initier" leurs amis à leur retour.

Il y a également une escalade dans la voie d'administration ; on passe de l'inhalation (cigarettes de marijuana) à la voie orale (comprimés de LSD, de barbituriques, d'amphétamines). Enfin, le drogué utilise la voie "intra-veineuse", "le flash", "le shoot" (injection d'amphétamines

par exemple.

C'est à ce moment que débute un cycle dramatique, car cette voie rend l'amphétamine toujours plus désirable, aboutissant rapidement à la destruction mentale et physique : les amphétamines suppriment le sommeil et l'appétit, et les phénomènes "descentes" sont en général terrifiants.

Dans un autre ordre d'idées, de nombreux auteurs pensent que la constitution mentale joue un rôle important. Ils affirment que les toxicomanies s'installent avec plus de facilité chez les sujets mentalement prédisposés : anxieux, cyclothymiques, névrosés, psychonévrotiques, atteints de troubles de l'affectivité ou de la sexualité.

La toxicomanie résulterait de la rencontre d'une "personnalité" avec un "toxique" dans un "milieu socio - culturel" donné.

Cette personnalité présenterait les caractéristiques suivantes :

- intolérance à la frustration,
- angoisse,
- dysphorie,
- impulsivité (passage à l'acte) "psychopathe passif",
- immaturité affective,
- régression orale et narcissique,
- masochisme.

Pour conclure, nous dirons que :

- ces drogués sont jeunes (14 à 20 ans) ;
- ils appartiennent à tous les milieux sociaux ;
- ils sont en "conflit" ouvert avec leur famille (milieux familiaux divisés avec carence éducative paternelle, voire même "carence affective") ;
- ils vivent leur toxicomanie comme un "geste social", réalisant à la fois la dénonciation et la transgression de la société des adultes et l'appartenance à la société des adolescents.

L'usage de la drogue est souvent pour eux un "moyen" de s'imposer à l'attention des parents, de les forcer à s'occuper d'eux, ou à l'inverse la drogue traduit le "besoin" d'autonomie d'un enfant trop étroitement entouré par ses parents.

- Ils sont d'un niveau intellectuel comparable à celui de la population générale des jeunes de leur âge.
- Ils sont polytoxicomanes.

C H A P I T R E II

LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES

Nous l'envisagerons en deux temps :

A- Sur le plan thérapeutique : traitement des toxicomanies.

B- Sur le plan prophylactique : prévention et répression des toxicomanies.

A)- SUR LE PLAN THERAPEUTIQUE : TRAITEMENT DES TOXICOMANIES.

Tout d'abord, il faut signaler les problèmes posés par l'hospitalisation des jeunes toxicomanes :

- Les toxicomanes ne sont pas tous des "malades" au sens habituel.
- Il faut tenir compte de l'influence du "groupe de toxicomanes" sur le drogué.
- Le toxicomane se méfie souvent du médecin.
- Le milieu hospitalier doit être spécialisé : les meilleurs résultats ont été obtenus aux U.S.A. dans les "cliniques libres".

En France, l'hospitalisation se fait en milieu psychiatrique ou dans des unités semi-spécialisées. Ce type d'hospitalisation pose un certain nombre de problèmes :

- l'hospitalisation en milieu psychiatrique d'adolescents à la personnalité fragile et mal structurée peut faire chez eux des dégâts incalculables.

La présence d'un toxicomane au sein d'une population fragile mul-

tiplie les risques de contagion et de dissémination des produits.

a)- Principes de base du traitement.

Le médecin doit avoir à l'esprit un certain nombre de principes :

- Il n'y a pas de toxique en soi, mais un usage toxicomaniaque d'une ou de plusieurs substances.
- Il faut considérer la toxicomanie au sein d'une structure perturbée de la personnalité. Le traitement devra être global pour être efficace.
- La perturbation du sujet n'est pas le plus souvent une perturbation isolée, mais la marque d'une perturbation beaucoup plus large du groupe.
- Quelle que soit la perturbation de la volonté et hormis des cas de démence totale, les capacités de choix sont rarement détruites.
- La pratique des traitements ne peut donner des résultats positifs qu'à partir du moment où il reste une part de volonté suffisante pour jeter les bases et les fondements d'une action thérapeutique.

Le traitement de la toxicomanie n'est jamais simple. Le traitement doit être aussi volontaire que possible et non imposé. Il doit traiter en profondeur à la fois la personnalité du sujet et celle du groupe.

b)- Les différentes phases du traitement.

1)- La phase de sevrage.

Elle est immédiate ; c'est le préambule nécessaire à toute action thérapeutique dans ce domaine. Elle comporte un certain nombre d'impératifs :

- Il faut isoler le sujet de son entourage habituel ; il est nécessaire que le sevrage s'effectue en milieu spécialisé.

- Il faut accepter l'hospitalisation.

- Le sevrage doit être réalisé progressivement et ses répercussions et ondes de choc doivent être atténuées au maximum : les neuroleptiques en donnent largement la possibilité.

- Quand l'assuétude est marquée, il est nécessaire de prolonger, sous une forme ou une autre à doses dégressives, l'administration pendant quelques jours. Le sujet doit ignorer la dose qu'il reçoit et le nom du toxique.

- Par exemple, sur le plan pratique, une cure type utilisera :

. un traitement aux neuroleptiques à hautes doses (400 mg) type largactil, en association avec du Fortal, des antispasmodiques, type Spasfon, ou viscéralgine à hautes doses, de l'artane et de l'heptamyl, ceci durant une période de 6 heures ;

. au bout de la 6ème heure, on diminuera les doses de moitié ;

. puis, au bout de 24 heures, on diminuera très progressivement les doses ;

. le quatrième jour, lorsque l'état du toxicomane se sera amélioré, on envisagera la suppression du Fortal.

- La discipline de cure au cours du sevrage devra, en outre, permettre :

. un bilan psychopathologique du sujet ;

. de déceler des états infectieux éventuellement associés ;

. de déceler la gravidité chez la femme ou la jeune fille ;

. de recycler les activités jour-nuit qui sont souvent perturbées et organisées autour d'un mode de vie nocturne chez ces sujets.

2)- La phase secondaire.

C'est une thérapeutique en profondeur de la personnalité.

Les modalités sont variables :

- simple post-cure ambulatoire ;
- thérapeutiques plus élaborées : hôpital de jour, psychothérapie individuelle ou collective.

Cette phase secondaire sera longue et pose des problèmes pratiques. Enfin, il faut rappeler que, dans ce domaine, le médecin ne peut ni donner, ni imposer la guérison ; il faut qu'elle soit profondément voulue par le sujet.

B)- SUR LE PLAN PROPHYLACTIQUE.

a)- La réglementation.

1)- Réglementation internationale.

A la question : Pourquoi les stupéfiants doivent-ils être contrôlés par une action internationale et pourquoi ne serait-il pas suffisant que chaque gouvernement exerce un contrôle sur son propre territoire ?, on peut répondre avec Renbarg : "Parce que le trafiquant de stupéfiants ne respecte aucune frontière et est organisé sur une base internationale".

Cette action internationale a été contemporaine des premières actions nationales et a même précédé la plupart d'entre elles.

Le premier règlement international a eu lieu en 1909.

Le premier règlement national en France, en 1916.

L'organisation internationale a mis sur pied :

- Un organisme de caractère législatif : la commission des stupéfiants.

C'est une commission technique du Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies : elle a succédé au Comité consultatif de l'Opium de la Société des Nations.

Elle se réunit chaque année et comprend 15 pays désignés par le Conseil économique et social.

Elle examine les résultats de l'application des conventions et met au point les mesures de caractère législatif (international) ou administratif qui sont soumises aux Etats en vue de lutter contre l'usage illégitime des stupéfiants.

Depuis 1946, elle a élaboré et fait adopter trois conventions nouvelles et prépare la codification des conventions en une convention unique.

- Un organisme de contrôle doté de pouvoirs quasi judiciaires : le Comité central permanent de l'Opium.

Créé par la convention de Genève en 1925, composé d'experts indépendants du gouvernement de leur pays d'origine et élus pour cinq ans par le Conseil économique et social, il contrôle le trafic international licite des stupéfiants, sur la base des renseignements statistiques qui lui sont fournis annuellement par les Etats : production, fabrication, transformation, stocks, saisies, importations, exportations.

Il publie chaque année un rapport rendant compte de son activité.

Il peut, dans des conditions prévues par les conventions, imposer des sanctions telles que l'embargo sur les exportations de stupéfiants à destination d'un pays qui a contrevenu aux règlements internationaux.

En liaison avec le Comité central permanent de l'Opium, fonctionne l'organe de contrôle.

Celui-ci examine le bien-fondé des évaluations de consommation de

stupéfiants que les états établissent chaque année pour l'année suivante et qu'ils se sont engagés à ne pas dépasser.

La Commission des stupéfiants dispose d'un secrétariat constitué par la division des stupéfiants du département des questions sociales du Secrétariat général des Nations Unies.

Le Comité central permanent de l'Opium et l'organe de contrôle disposent d'un secrétariat qui, bien que rétribué par les Nations Unies, est un principe indépendant, lui aussi.

Inversement, et toujours sur le plan international :

- l'O.M.S., appelée à donner son avis sur les nouveaux produits considérés comme toxicomagenes (classement des stupéfiants) ;
- la Commission internationale de police criminelle, destinée à assurer la liaison entre les services de police des états qui en sont membres.

En participant à ces conventions, les états souscrivent à des obligations de caractère national et international ; c'est l'esprit des conventions internationales et leur application.

2)- Réglementation nationale.

Sur le plan national, l'objectif de leur activité doit être de supprimer l'usage illégitime des stupéfiants en limitant leur utilisation aux seuls besoins médicaux et scientifiques.

Dans le cadre fixé par les conventions, les états doivent prendre toutes les mesures législatives réglementaires et administratives à cet effet.

Le détail de ces mesures doit être transmis au secrétariat général de l'O.N.U. et, chaque année, dans un rapport, les états lui rendent compte de l'application des conventions sur leurs territoires

et de ses résultats.

La Commission des stupéfiants consacre une partie de ses travaux à l'examen de ces rapports.

A ce propos, certains pays ont fait l'objet, autrefois, de critiques parfois violentes (la France, l'Allemagne).

Et cependant, la France, sur avis de l'Académie nationale de Médecine, a interdit, par décret du 24 Mars 1953, l'importation, l'exportation, la production, le commerce et l'utilisation du chanvre indien et de préparations contenant ou fabriquées à partir du chanvre indien.

- Le protocole de 1953 sur l'opium.

Le Comité central permanent de l'Opium a été doté de pouvoirs très conséquents pour pénaliser les infractions au nouveau protocole.

Des enquêtes sur les lieux pourront, dans certaines conditions, être pratiquées. C'est la base d'une véritable inspection internationale, ce qui, du point de vue du droit, constitue un précédent important.

Pour définir l'esprit de l'action internationale en matière de stupéfiants, on pourrait, pour résumer, distinguer deux ordres de faits :

. Faits matériels : Pour respecter les obligations souscrites, les marchés aux conventions sont amenés à contrôler efficacement les mouvements de stupéfiants sur leur territoire et, par conséquent, à disposer d'instruments réglementaires et administratifs à cet effet.

. Fait psychologique :

L'histoire est là pour nous montrer les répercussions psychologiques de cette action. Lorsqu'un pays est mis en cause au sein de la commission des stupéfiants de l'O.N.U., il est bien rare que, dans les années qui suivent, il n'améliore pas la situation. Il y a là une pression morale dont l'efficacité est indiscutable, quel que soit le scepti-

cisme que les délibérations internationales dans d'autres domaines ont créé.

Cette influence n'est pas absolue et l'action internationale n'est pas exempte de faiblesses, mais le bilan est largement positif.

Pour être objectif, on signalera deux faits qui montrent, s'il en était besoin, qu'il convient de garder l'esprit critique :

- le Japon et l'esprit de génocide,
- la prohibition de l'héroïne.

En résumé, on peut dire que l'action internationale est positive à l'égard des stupéfiants : sur le plan du trafic licite, on peut considérer que les conventions aient atteint leur but.

On ne saurait imputer à ces conventions l'échec relatif de la lutte contre le trafic illicite. On ne combat pas les trafiquants illicites avec les seules réglementations. Il reste encore à faire, dans ce domaine, et justement sur le plan international, car on ne peut lutter contre un trafic international en mettant seulement en jeu des moyens nationaux.

Quelques exemples ont montré la voie à suivre : la coopération internationale entre services nationaux de police.

La législation et la réglementation française

= LUTTE CONTRE LE TRAFIC ILLICITE.

Vise à la fois la fabrication et le transport. La répression du trafic est assurée en France par la police judiciaire et, dans la Seine, par la section des stupéfiants de la Brigade mondaine à la Préfecture de Police.

Les délits caractérisés par le Code de la Santé sont des délits intentionnels ; il n'en va pas de même pour les infractions au règlement d'administration publique du 19 Novembre 1948.

Ces infractions sont des délits contraventionnels qui ont le caractère d'infractions purement matérielles et ne comportent pas, par la suite, l'excuse de la bonne foi.

Un communiqué du 10 Septembre 1969 annonce la constitution de groupes spécialisés pour obtenir une surveillance et une répression plus efficace des intoxiqués, surtout dans les grandes villes ; l'organisation de stages et de conférences d'information, afin de permettre aux compagnies républicaines de détecter la jeunesse dépravée.

L'Organisation internationale de Police criminelle a voté une résolution concernant les stupéfiants. Elle recommande une distinction pénale et pénitentiaire entre le consommateur occasionnel ou non et la personne fortement engagée dans le trafic illicite.

Cette dernière sera passible de peine allant de 10 à 20 ans de réclusion.

Toute une série de mesures sanitaires ont été mises sur pied pour lutter contre le trafic illicite.

- Décret du 16 Février 1970 : Sont interdits l'importation, le commerce et l'utilisation d'héroïne, de ses sels et des préparations en contenant.

- Loi du 31 Décembre 1970 : met à la disposition des pouvoirs publics un ensemble de mesures permettant de faciliter la lutte contre l'extension de la toxicomanie.

- Elle est complétée par le décret du 19 Août 1971, "portant

règlement d'administration publique fixant les conditions dans lesquelles les personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants et inculpées d'infraction à l'article L 628 du Code de la Santé publique peuvent être astreintes à subir une cure de désintoxication.

- Deux arrêtés interministériels du 14 Décembre 1971 ont fixé la liste des établissements de soins agréés et des médecins agréés pour les toxicomanes sous la main de la justice.

Un arrêté ministériel a déterminé la liste des établissements agréés où pourront être soignés les toxicomanes qui relèvent de l'autorité sanitaire.

L'idée générale qui a présidé à l'élaboration de ces différents textes est que le toxicomane doit être avant tout considéré comme un malade, et l'usager de substances vénéneuses qui n'est pas encore un "drogué" comme un sujet en péril, auquel il faut apporter une protection appropriée.

L'autorité sanitaire aura connaissance des cas de toxicomanie de trois manières : personnes signalées par le procureur de la République, le juge d'instruction ou par une juridiction de jugement ; personnes signalées par les services médicaux et sociaux ; personnes se présentant spontanément aux services de prévention et de cure. Dans chacun des cas, l'autorité sanitaire intervient à un niveau différent .

En ce qui concerne les toxicomanes signalés par le parquet, le juge d'instruction ou une juridiction de jugement, la loi et le décret d'application fixent les relations qui doivent s'établir entre le service du Ministère de la Justice qui envoie le toxicomane et l'autorité sanitaire

Concrètement, le Directeur de l'Action sanitaire et sociale, en liaison avec le Médecin inspecteur de la Santé, prendra toutes les disposi-

tions utiles pour que la personne envoyée soit examinée par un médecin et pour que le service social procède à son sujet à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale.

Par exemple, si l'examen médical a lieu dans un dispensaire d'hygiène mentale, c'est l'assistante de ce dispensaire qui fera l'enquête sociale. Si l'examen médical a lieu dans un hôpital général, c'est l'assistante sociale de ce service qui sera chargée de l'enquête sociale. L'unité d'action ainsi obtenue permettra à l'autorité sanitaire de déterminer rapidement les mesures à prendre, selon que la personne relève de la cure de désintoxication ou simplement d'une surveillance médicale.

Pour les personnes signalées par le procureur de la République, la loi (L 355-16 et L 355-17) indique que l'autorité sanitaire devra contrôler le déroulement de la cure et informer régulièrement le parquet de la situation médicale et sociale de la personne.

Le décret du 19 Août 1971 fixe le régime des personnes envoyées à l'autorité sanitaire par le juge d'instruction ou une juridiction de jugement. L'autorité sanitaire ne fixe plus la nature de la cure (hospitalisation ou surveillance médicale), mais l'article 8 précise que le médecin responsable de la cure peut proposer une modification du régime de celle-ci ou le placement dans un autre établissement. S'il s'agit d'une hospitalisation, c'est le juge d'instruction ou la juridiction du jugement qui désigne, par ordonnance, l'établissement agréé dans lequel l'inculpé devra effectuer la cure. Le chef de l'établissement informera alors l'autorité judiciaire au nom du médecin responsable de cette cure. S'il s'agit de surveillance médicale, sans hospitalisation, l'inculpé choisit le médecin agréé qui dirigera sa cure. Dans les deux cas, c'est le médecin responsable de la cure qui informera les autorités judiciaires sur le déroulement de la cure.

Comme l'indique l'article 11 du décret, le médecin inspecteur départemental de la Santé publique et un magistrat désigné par le président du Tribunal de Grande Instance visiteront, deux fois par an au moins, les établissements de soins, afin d'en contrôler le fonctionnement.

Pour les toxicomanes signalés par les services médicaux et sociaux (articles L 355-18 à L 355-20), l'autorité sanitaire fait aussi procéder à un examen médical de l'intéressé et le complète par une enquête sur sa vie professionnelle, familiale et sociale. Mais, dans ce cas, le contrôle n'est pas prévu et, au cas où la cure comme la surveillance médicale seraient interrompues, aucune sanction n'a été envisagée. Il faudra montrer aux toxicomanes l'intérêt qu'ils ont à se faire soigner, car ils finissent, tôt ou tard, par être gravement atteints et arriveront inéluctablement à une déchéance parfois irréversible. En outre, ils risqueront par la suite d'être arrêtés et déférés au parquet.

Enfin, des dispositions particulières ont été prévues pour les personnes se présentant spontanément aux services de prévention et de cure (article L 355-21). En effet, les médecins ont remarqué que des toxicomanes se présentaient spontanément dans des établissements de soins et demandaient à y être traités ; mais beaucoup d'entre eux renonçaient à bénéficier de ce traitement lorsqu'on leur demandait de décliner leur identité ou de fournir d'autres renseignements intéressant en particulier l'organisme de Sécurité sociale susceptible de les prendre en charge.

Pour ne pas nuire à la relation thérapeutique et éviter des refus de traitement, il est apparu nécessaire d'envisager, pour les toxicomanes qui le souhaitent, la suppression de toutes les formalités à l'entrée d'un établissement de soins. Néanmoins, les personnes ainsi traitées

pourront demander au médecin qui les soigne un certificat mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement. Au cas où leur signalement serait donné ultérieurement aux services de police ou au parquet, à la suite d'enquête portant sur l'usage des stupéfiants, ils pourront ainsi faire constater qu'ils avaient d'eux-mêmes mis fin à la situation dans laquelle ils se trouvaient précédemment.

La loi du 31 Décembre 1970 et le décret d'application ont donc pour but de mettre en place un dispositif de prise en charge des malades.

Nous envisagerons maintenant :

= LA LUTTE CONTRE LE TRAFIC LICITE.

Dans l'organisation et le contrôle du trafic licite, il est prévu une satisfaction des besoins normaux. Le principe est de pouvoir suivre un stupéfiant depuis sa fabrication jusqu'à sa consommation.

1- Sur le plan de l'approvisionnement général. Un programme annuel arrêté par la commission interministérielle fixe les quantités à fabriquer.

2- Sur le plan de la distribution.

Les pharmaciens disposent d'un carnet de commandes des stupéfiants permettant de comparer la comptabilité des fournisseurs et de l'acheteur. Les médicaments doivent être dans une armoire fermant à clef.

Les médecins disposent d'un "carnet à souches" (créé en 1945). Le médecin prescrivant des substances du tableau B (Le décret du 14 Septembre 1916 a fixé la nomenclature des substances vénéneuses en inscrivant au tableau B les stupéfiants) doit respecter des règles strictes. Il doit dater, signer, mentionner son nom et son adresse et aussi le nom

et l'adresse du malade, énoncer en toutes lettres les doses du médicament (après examen réel du malade), indiquer son mode d'administration, rédiger les ordonnances sur des feuilles extraites du "carnet à souches".

Les malades sont soumis à la règle des sept jours : le renouvellement est interdit ; la période de traitement ne doit pas dépasser sept jours (sauf cas accidentels).

3- L'application des règlements est contrôlée par un Inspecteur pharmacien de la Santé (Service central de la Pharmacie).

4- La mise au point des règlements. Chaque année sont effectués par l'Inspection de la Pharmacie des arrêtés d'exonération, des commissions d'étude.

Cet exposé a montré comme les problèmes posés par la toxicomanie étaient graves et complexes. L'étude des moyens à mettre en oeuvre pour préserver la société et la jeunesse exige donc l'attention et le concours de tous :

- Action éducative d'abord,
- Action préventive avec information et propagande.

b)- Etude de la prévention générale.

Une campagne sera menée avec le concours de la presse écrite et audiovisuelle, après qu'un groupe de travail aura étudié la valeur de son impact psychologique. S'il convient de "décourager" les Français de céder à la tentation, il faut éviter que l'information donnée ne dévie de son but et ne devienne indirectement une invitation à la curiosité. Parallèlement, la commission a établi un programme d'information des médecins et des professeurs des classes terminales.

Une circulaire ministérielle du 18 Novembre 1969 diffuse à tous les fonctionnaires responsables de l'action sanitaire et sociale dans les départements, un fascicule des instantanés médicaux sur les toxicomanies modernes. Le 15 Janvier 1970, le Ministre de la Santé et le Secrétaire d'Etat chargé de l'action sociale consacrent une circulaire à la conduite à tenir en milieu scolaire. Ils annoncent la diffusion au personnel enseignant d'une brochure du Comité interministériel des Problèmes médicaux et sociaux scolaires donnant des conseils pour permettre aux enseignants de participer à la lutte préventive en milieu scolaire.

En fait, l'information et la prévention ne peuvent être séparées de la qualité du dialogue parents-enfants, basée sur l'écoute et la compréhension, et non pas, comme il arrive trop souvent, limité à un interrogatoire ou à une juxtaposition de monologues.

Deux autres attitudes sont également à éviter. La première, qui consiste à vouloir que les enfants se conduisent comme leurs parents, sans leur laisser une originalité d'expression personnelle, et la seconde qui relègue les adolescents dans l'enfance.

Les parents doivent donc s'interroger et comprendre, en bannissant toute attitude "moralisatrice" ou condamnatoire. Mais il ne faut pas pour autant que cela se traduise par une attitude de désengagement et d'abandon, car les parents seraient considérés comme démissionnaires.

C)- CONCLUSION.

Au terme de cet exposé sur les toxicomanies actuelles, nous terminerons sur ces deux mots :

Démophylaxie et optimisme.

La démophylaxie, appelée ainsi depuis plus de vingt-cinq ans, est la science de la protection sociale, science d'une protection complète (économique, psychologique et sanitaire), science étudiant la genèse et les aspects favorables ou défavorables des phénomènes sociaux de toutes sortes, analysant avec soin les corrélations qui existent entre ces facteurs spontanés, choisissant et coordonnant. Plus de lutte isolée ; les trois équilibres fondamentaux que sont l'aisance, la quiétude et la santé physique, sont solidaires et doivent être défendus simultanément par des efforts cohérents.

Dans les temps modernes, la marche vers cette conception ternaire du social fut lente. On s'occupera tout d'abord séparément de chaque secteur. La seconde moitié du XIXe siècle s'est principalement tournée vers l'économie.

La première moitié du XXe siècle fut orientée vers le sanitaire. L'autre moitié du XXe siècle se tourne vers le côté psychologique.

Les médecins ont, à cet égard, une tâche immense, disons même une mission, et nombre d'entre eux en ont conscience. Chacun d'eux ne doit jamais séparer le biologique du social, ne pas prescrire la digitale ou l'insuline sans connaître sous ses différents aspects l'homme qui se confie à lui. Le praticien se méfie-t-il toujours assez d'une thérapeutique du pli du coude qui expose à ne pas même regarder le visage du malade et plus encore à oublier sa silhouette psychologique, à ne pas distinguer les pressions héréditaires, familiales et professionnelles qu'il subit, à ne plus voir en lui "un tout et une histoire"... ? Chaque toxicomane a son histoire, hélas !...

Toutefois, l'avenir n'est pas complètement éclairci par le passé. Des facteurs nouveaux risquent de donner aux stupéfiants des chances

accrues, spécialement l'extension des loisirs due à une meilleure organisation du travail, aux progrès de l'automation.

Loisirs et toxicomanies ont des rapports incontestables. Cela fut vrai de tout temps. Mais le problème des stupéfiants peut prendre, avec le développement des loisirs, phénomène pourtant louable en soi, une importance croissante.

Sur le plan de l'individu, une hygiène qui n'est pas totale, qui n'est pas double, c'est-à-dire psycho-somatique, est insuffisante et risque de se réduire à peu de chose.

Sur le plan de la cité, une protection qui n'est pas complète, qui n'est pas triple, donc à la fois économique, psychologique et sanitaire, n'est pas "sociale".

Pratiquement, des comités régionaux de mise en valeur du territoire (avec lesquels les médecins doivent travailler) s'approchent aujourd'hui de l'indispensable démophylaxie que leurs dirigeants se persuadent que la notion de "dépaysement" n'est pas chimérique. Tous les mécanismes de détérioration mentale, aiguë ou chronique, liés à de multiples formes de désinsertion, sont en voie d'être totalement connus.

Pourvu qu'elle soit menée avec méthode et fermeté, la lutte contre les toxicomanies conduit à d'importants résultats.

Sur le plan international, la situation n'est plus du tout ce qu'elle fut, un réal assainissement commence à être obtenu.

L'example de certaines régions est instructif. Considérons le cas des Indiens de l'Equateur. Ils mastiquaient la feuille de coca à l'époque précolombienne et, au XVIIe siècle, cette pratique touchait l'ensemble de la population. Puis, au XVIIIe siècle, parallèlement à des mesures administratives tendant à restreindre l'usage de la coca, l'agri-

culture fut considérablement développée et des cultures alimentaires remplacèrent celles de la coca.

En France, la lutte est entreprise activement sur le plan national, voire international.

D E U X I E M E P A R T I E

L E S T O X I C O M A N I E S D E S A D U L T E S

A L C O O L I S M E

T A B A G I S M E

C H A P I T R E III

A L C O O L I S M E

L'alcool est la "drogue" qui tue le plus de gens et rend "fou" plus que n'importe laquelle des drogues qui nous terrifient tellement : plus de 50 % des hospitalisations en milieu psychiatrique français relèvent de l'alcoolisme. Il faut aussi signaler l'étroite relation de l'alcoolisme avec l'augmentation du nombre des accidents de la route.

La France est un pays vinicole, favorable au développement de l'alcoolisme : et l'alcool n'est pas reconnu comme une drogue.

Il est, par ailleurs, difficile d'agir, car les pouvoirs de décision appartiennent à l'état, et le pouvoir de l'état se trouve inhibé par des intérêts économiques puissants.

Nous étudierons, au cours de cet exposé, successivement le métabolisme de l'alcool, les courbes d'éthanolémie, l'alcoolisme, la prévention et la législation, le traitement, pour conclure sur les conséquences de l'alcoolisme.

A)- METABOLISME DE L'ALCOOL.

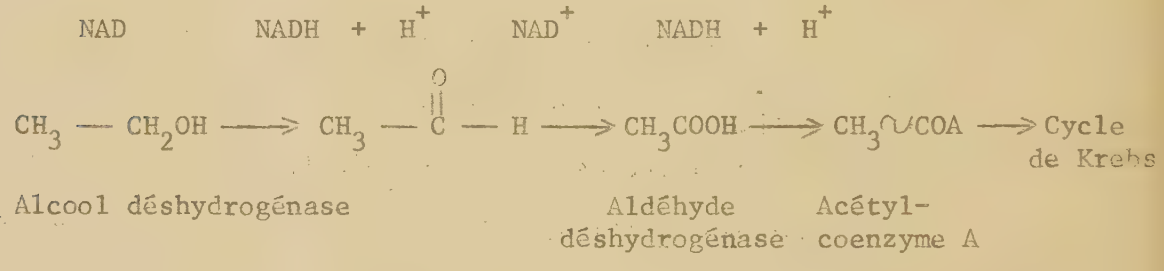
L'alcool est un liquide miscible à l'eau en toutes proportions : absorbé par voie orale , il traverse la paroi gastrique et se répartit uniformément dans l'organisme en raison de son hydrosolubilité. L'absorption se fait sans limite de quantité et transformation.

L'alcoolémie est maxima une heure après l'absorption. L'alcool se localise dans les liquides riches en eau : sang et liquide céphalo-rachidien.

L'élimination sans transformation représente environ un dixième de l'alcool présent dans l'organisme. Cette élimination est essentiellement pulmonaire.

Les 9/10mes de l'alcool sont métabolisés. Il faut envisager deux voies métaboliques différentes :

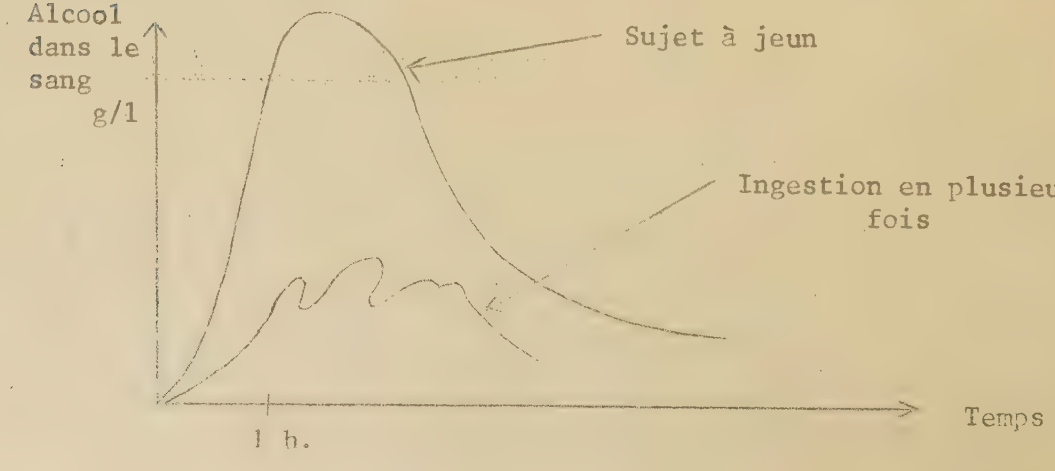
- une voie oxydative, faisant intervenir l'alcool déshydrogénase. Cette voie est la plus importante : 80 % de l'alcool métabolisé.



- une deuxième voie est une oxydation par un mécanisme différent faisant intervenir les catalases.

B)- COURBES D'ETHALONEMIE.

Elles donnent une indication sur le taux d'imprégnation.



Les courbes d'éthanolémie varient en fonction de différents facteurs :

- La concentration augmente la courbe d'éthanolémie, c'est-à-dire que, pour une même quantité d'alcool absolu ingéré, le taux d'alcoolisme sera plus élevé avec le cognac qu'avec le vin.
- Le fait d'être à jeun provoque une augmentation de l'alcoolémie.
- Le facteur temps est également important. Pour une même dose d'alcool, les courbes d'éthalonémie sont moins élevées si l'ingestion se fait en plusieurs fois.

C)- ALCOOLISME.

Déf.: L'alcoolisme est une conduite pathologique, "l'alcoolomanie", qui se rapproche des toxicomanies sans toujours se confondre tout à fait avec elles.

Nous étudierons tout d'abord la symptomatologie de l'intoxication alcoolique, puis la personnalité de l'alcoolique.

a)- Symptomatologie de l'intoxication éthylique.

On distinguera : l'intoxication aiguë, puis l'intoxication chronique ou alcoolisme.

1- Intoxication aiguë.

Après absorption d'une quantité importante d'alcool, on observe :

- une phase d'excitation, avec euphorie, diminution des facultés de jugement, "prouesse", loquacité ;
- une phase d'incoordination, avec idéation et langage appauvri, libération des instincts, démarche titubante, anesthésie.

Dans les cas graves, on observe un coma avec insensibilité, abolition des réflexes, naso-dilatation périphérique, déperdition de chaleur, anoxie (l'acidose respiratoire s'ajoutant à l'acidose métabolique), hypo-

glycémie, convulsions.

2- Intoxication chronique.

Ces caractéristiques sont l'accoutumance et l'assuétude. La nocivité intervient à long terme. On observe :

- une dégénérescence de tous les organes, et en particulier du système nerveux, du foie, des vaisseaux ;

- la toxicité sur le système nerveux central se traduit par des modifications du comportement : instabilité, tremblements, diminution des facultés intellectuelles et morales pouvant entraîner l'aliénation, le delirium tremens. La toxicité sur le système nerveux périphérique se traduit par des polynévrites sensitivo-motrices.

Au niveau du foie, la toxicité se manifeste par l'apparition d'une stéatose, puis d'une cirrhose.

b)- L'alcoolique.

L'alcoolique est un "malade". Sa maladie est un état d'inadaptabilité. Cette inadaptation de l'alcoolique en face de l'alcool entraîne des répercussions physiques, psychologiques et perturbe son équilibre social et spirituel.

En 1960, Jallinek a montré qu'il n'existait pas "un alcoolisme chronique", mais des alcoolismes chroniques.

L'alcoolisme est une grande famille qui a deux facteurs en commun : d'une part, l'intolérance ; d'autre part, toutes les conséquences pathologiques qui en résultent.

Jellinek distingue deux types d'alcoolisme :

a)- l'alcoolisme simple ;

b)- l'alcoolisme + assuétude : véritable "toxicomanie".

Au sein de :

1- L'alcoolisme simple.

Il distingue deux divisions :

. l'alcoolisme α ,

. l'alcoolisme β .

= L'alcoolisme α comporte :

. une dépendance purement psychologique,

. une confiance dans l'effet de l'alcool. La fameuse valeur "hédonique" de l'alcool pour soulager les douleurs corporelles ou émotionnelles,

. aucune assuétude,

. c'est une "déficience psychique pathologique".

= L'alcoolisme β se caractérise par :

. des complications somatiques,

. aucune dépendance physique,

. aucune dépendance psychique,

. c'est l'alcoolisme des "buveurs excessifs", conditionnés par les "habitudes sociales".

2- Alcoolisme + assuétude : véritable "toxicomanie".

Cette assuétude se caractérise par une double dépendance physique et psychique.

On distingue également deux subdivisions :

. l'alcoolisme γ ,

. l'alcoolisme δ .

= L'alcoolisme γ se caractérise par : la perte du contrôle, l'impossibilité de s'arrêter lorsque le sujet a commencé à boire, ceci jusqu'à l'ébriété, mais avec la possibilité de rester plusieurs jours sans boire.

= L'alcoolisme δ se traduit par l'impossibilité de s'abstenir, de rester un seul jour sans boire. Cet alcoolisme ne s'accompagne jamais d'ivresse. Il se caractérise en fait par une très faible vulnérabilité

psychologique.

Sur le plan géographique, on peut dire qu'en France et dans les pays latins, on rencontre le plus fréquemment l'alcoolisme β et δ. C'est l'alcoolisme social, de l'habitude, mais sans composante psychique ou psychiatrique notable.

Cet alcoolisme est dû à la pression sociale rythmée par les slogans de type "boire un petit coup, c'est agréable ; boire un petit coup, c'est bon", croyance à la valeur hédonique de l'alcool, régénérateur de force et de courage.

Cesser de boire est une "amputation" qui "coupe" du milieu ; il ne faut pas se "singulariser".

Dans les pays anglo-saxons, c'est l'alcoolisme α et γ qui prédomine ; c'est un alcoolisme à base "névrotique" survenant sur une "personnalité" particulière faite de suggestibilité, de passivité et de conformisme ; "faire comme les autres", voire d'impulsivité : cas de "l'ivresse pathologique"survenant chez certains psychopathes.

Les psychiatres ont parlé d'un fond névrotique de type hystérique o ou phobique, avec "conduite d'oralité".

D'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte :

- facteurs réactionnels (solitude, abandon, mésentente conjugale, refus de vieillir, perte d'un être cher ...)
- facteurs socio-culturels (le bistrot est le lieu de rencontre, véritable substitut de la famille où l'on trouve la "sécurité").

D)- PREVENTION ET LEGISLATION.

1)- Prévention.

En fait, il faudrait réglementer la "consommation" de façon plus stricte dans les débits de boissons. Il faudrait éduquer objectivement le

public. Cela veut dire qu'il faut reconnaître que l'alcool est une drogue et que l'alcoolique est un "toxicomane", au même titre que "l'héroïnomane", par toute une campagne d'information.

2)- La législation française

a mis sur pied toute une série de lois pour lutter contre ce "fléau social".

Loi de 1954 sur les "alcooliques dangereux". C'est une loi de protection sociale qui oblige les alcooliques à se soigner. Elle distingue le cas d'un patient "coopérant", l'urgence, le patient non coopérant.

= Cas d'un patient coopérant signalé à la DASS (Direction de l'Action Sanitaire et Sociale) par un médecin de service public, la justice...

La D.A.S.S. fait faire une enquête sociale par assistantes sociales. Un médecin mandaté par la D.A.S.S. examine la patient ; le médecin rédige un rapport dans les huit jours qui suivent. Ce rapport est alors soumis à un collège de trois médecins, dont un psychiatre. Ces médecins qui constituent une commission sont nommés par la D.A.S.S.. La commission adopte trois types d'attitude (après avoir entendu et examiné le patient) :

- soit elle envoie le malade se faire soigner par son médecin traitant ;
- soit elle l'envoie dans un centre de désintoxication ou un dispensaire
- soit elle "classe" le dossier en cas d'examen négatif.

= Dans un autre cas, l'examen pratiqué par le médecin mandaté par la D.A.S.S. montre qu'il s'agit d'une urgence. Le médecin envoie

son rapport dans les 48 heures (au lieu de huit jours) au préfet qui signe un placement d'office.

= Une troisième possibilité sera rencontrée chez le patient non coopérant : refus de l'alcoolique de se laisser examiner par le médecin mandaté par la D.A.S.S., refus de répondre à la convocation de la D.A.S.S. pour passer devant la commission des trois médecins.

Ce double refus entraîne alors le signalement au procureur de la République qui utilise la loi pénale :

- soit Tribunal de simple police, qui donne huit jours de prison et une amende ;
- soit Tribunal de Grande Instance, qui rend un jugement et ordonne une cure dans un établissement spécialisé ou hôpital psychiatrique, mais sans placement d'office.

De cette loi de 1954 découlent toute une série de lois sur la conduite en état d'ivresse : lois de Mai 1965, Janvier 1970, Septembre 1972

Cette nouvelle législation française prévoit que le taux maximum d'alcool tolérable chez un conducteur ne doit pas dépasser 0,80 g/l. Elle prévoit également un prélèvement de sang pour effectuer une alcoolémie sur toute personne impliquée dans un crime, un accident de la circulation, quelle que soit la gravité de ce dernier et même lorsqu'il n'y a que simple délit (ivresse publique, par exemple). Trois fiches sont prévues à cet effet :

- La fiche A : fiche d'examen de comportement remplie par un représentant de la force publique. Cette fiche mentionne l'état civil de la personne examinée, les renseignements concernant l'accident (date, heure, lieu, etc..), les constatations faites par l'agent chargé de l'examen, l'alcool consommé par le sujet dans les dernières vingt-quatre heures ayant précédé l'accident, les conclusions faites aussitôt après l'examen (pas sous l'influence de l'alcool, ou état d'alcoolique léger,

ou état d'ivresse manifeste).

- La fiche B : c'est la fiche d'examen clinique médical remplie par le médecin qui a procédé au prélèvement sanguin. Cette fiche mentionne le nom et l'âge du patient, celui du médecin ayant effectué la prise en charge, l'examen clinique et neurologique, les conclusions cliniques, la date, l'heure du prélèvement et le volume prélevé, de même que l'indication que le médecin n'a utilisé ni alcool ni éther pour désinfecter la peau du sujet.

- La fiche C : est une fiche d'analyse du sang dont une partie est remplie par le médecin qui a effectué le prélèvement. Elle comporte: l'état civil de la personne examinée, le nom du médecin ayant pratiqué le prélèvement sanguin, le lieu, la date, l'heure et le volume du prélèvement. L'autre partie est remplie par le biologiste désigné en application du décret du 18 Juin 1955 : il indique son nom, la date, l'heure de réception et le volume du prélèvement sanguin et la teneur en grammes d'alcool par litre de sang.

En outre, différentes preuves impliquent le rôle de l'alcool dans les accidents de la route. Les accidents les plus graves sont causés par des conducteurs ayant un taux d'alcoolémie élevé . L'heure de l'accident est importante. La moitié des accidents ont lieu entre 18 et 22 heures. L'alcoolisation des conducteurs est croissante au cours de la deuxième moitié de la journée et de la première moitié de la nuit. L'âge des conducteurs est important ; l'alcoolisation croît avec l'âge.

En fait, des taux inférieurs à 0,80 g o/oo sont tolérés, et pourtant des doses très modérées d'alcool peuvent agir sur le psychisme. En effet, au cours d'expériences, on a pu constater que, pour des taux d'alcoolémie compris entre 0,10 et 0,15 g o/oo, il existe un allongement du temps de réaction visuelle de 13 %. Les personnes perdent 45,6 % de

leur vigilance, de leur mémoire immédiate et de leur possibilité de concentration.

L'ébriété apparaît entre 1 et 2 g o/oo, l'ivresse entre 2 et 4 g o/oo, le coma vers 4,5 o/oo. La dose mortelle se situe entre 5 et 6 g o/oo. Avec des sujets résistants, cette dose peut être plus élevée.

Avant de conclure cette étude, disons quelques mots du traitement de l'alcoolisme.

E)- TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME.

Il se fait en milieu hospitalier. La cure hospitalière est souvent préférable à la cure ambulatoire, car elle est plus complète et variée et prépare mieux le climat psychologique pour la psychothérapie qui suivra. Avant d'entreprendre le traitement, le malade doit être préparé et reconnaître objectivement qu'il est "asservi" par l'alcool. Quand cet aveu est obtenu, il faut faire accepter la cure hospitalière. La cure proprement dite comporte le sevrage, la cure de dégoût et la mise en route du traitement par l'antabuse.

1)- Le sevrage.

Il est obtenu par administration d'alcool en intra-veineuse (type curéthyl), à des taux dégressifs arrivant à zéro en une semaine. On évite les accidents de sevrage en administrant simultanément du méprobanate (Equanil) et vitamines B_1, B_6, B_{12}.

2)- La cure de dégoût.

Elle vise à conditionner le malade : la simple vue ou odeur de sa boisson préférée entraîne chez le sujet un réflexe nauséeux. On obtient ce résultat en injectant au malade, pendant trois jours de suite,

5 fois 5 à 10 mg d'Apomorphine par jour et en lui faisant boire sa boisson favorite qu'il vomit.

3)- Le traitement par l'antabuse.

L'antabuse (ou éthyldithiourame ou Espéral) est un produit qui réagit avec l'éthanol en bloquant la désintégration de l'alcool au stade acétaldéhyde et provoque un syndrome nitritoïde après ingestion d'alcool.

Il provoque des troubles subjectifs (chaleur au visage, céphalées, gênes respiratoires) et des troubles objectifs : tachycardie, hypotension, hyperventilation pulmonaire. Une réaction trop violente peut entraîner le collapsus ; les anti-histaminiques coupent la réaction.

La réaction alcool-antabuse permet au malade de mesurer le risque qu'il court même avec de petites quantités d'alcool.

La durée totale de la cure est de trois semaines en moyenne. Elle est assortie à toutes les étapes de psychothérapie de soutien.

La post-cure est la partie la plus importante du traitement. Elle commence à la sortie de l'hôpital. Le malade apprend à vivre sans alcool et construit une "personnalité nouvelle". La consultation médicale régulière concrétise la chose.

Un service social bien organisé est indispensable pour coordonner les efforts thérapeutiques et résoudre certains problèmes familiaux, sociaux, juridiques, de reclassement professionnel. Il existe d'ailleurs des maisons de post-cure qui sont réservées aux malades dont le reclassement professionnel est difficile.

L'abstinence totale et définitive est indispensable, si on veut éviter les rechutes.

Les résultats immédiats sont excellents. Les résultats tardifs

sont difficiles à apprécier, mais le traitement est positif, tout au moins dans 33 à 40 % des cas.

F)- CONCLUSION - CONSEQUENCES DE L'ALCOOLISME.

Elles sont de deux types. On peut envisager :

- l'augmentation de la mortalité, soit directe (cirrhose alcoolique), soit indirecte (aggravation d'autres maladies), augmentation du nombre des accidents de la route et du travail ;

- l'indice économique de l'abus d'alcool : 30 à 40 % des malades des hôpitaux sont des alcooliques. Leur séjour en milieu hospitalier est, de ce fait, prolongé, ce qui se traduit par une augmentation du prix de journée dans les hôpitaux. De plus, 63 % des actes de violence, 56 % des délits sexuels sont imputables à l'alcoolisme ; 90 % des "bourreaux d'enfants" sont des alcooliques et 75 % des enfants délinquants sont fils d'alcooliques.

Une des conséquences les plus importantes de l'alcoolisme est son étroite relation avec l'augmentation du nombre des accidents de la route. La conduite automobile est incompatible avec l'abus d'alcool.

C H A P I T R E IV

L E T A B A G I S M E

Depuis quelques années, on assiste, dans la plupart des pays développée, à une prise de conscience des dangers causés par l'abus de la consommation du tabac.

De nombreuses recherches ont permis de mettre en évidence, outre la nicotine, de nombreux constituants non toxiques à l'état initial, mais qui donnent par combustion des produits toxiques, en particulier pour l'arbre pulmonaire.

Ces découvertes ont permis de relier le taux de mortalité élevé de certaines maladies à l'usage abusif de tabac.

Nous étudierons successivement : la tabacomanie, les effets de la nicotine, la nature de la fumée de tabac, les méfaits et le traitement du tabagisme, pour conclure sur les moyens de prévention.

A)- LA TABACOMANIE.

On dit souvent qu'il s'agit d'une "toxicomanie" ; il est plus exact de parler de "pharmacomanie". La pharmacomanie est l'accoutumance résultant de la consommation répétée de cette drogue.

Les caractéristiques de la tabacomanie peuvent se résumer ainsi :

- un désir (mais non une obligation) de continuer l'usage de la drogue, à cause de la sensation de bien-être qu'elle engendre ;

- peu de tendance à augmenter les doses ;
- une certaine dépendance psychique, mais peu de dépendance physique (absence de syndrome d'abstinence). L'effet nuisible l'est avant tout pour l'individu. Toutefois, le fumeur peut être socialement gênant pour les autres.

B)- EFFETS DE LA NICOTINE.

C'est elle qui conduit à la pharmacomanie. A faible dose, la nicotine excite les cellules ganglionnaires du système parasympathique entraînant une stimulation des fibres nerveuses post-ganglionnaires.

A dose plus forte, la nicotine déprime ces cellules, puis les paralyse, et la stimulation des fibres préganglionnaires reste sans réponse : c'est l'action ganglioplégique de la nicotine.

La tolérance à la nicotine est vite acquise. Chez les jeunes fumeurs, l'abus de tabac provoque des sueurs froides, des nausées, des syncopes rappelant l'intoxication aiguë.

C)- NATURE ET COMPOSITION CHIMIQUE DE LA FUMEE DU TABAC.

L'étude de la composition de cette fumée est surtout axée sur la composition de la fumée de cigarette. La fumée produite comprend un courant primaire (partie qui parvient à la bouche par aspiration). C'est le mélange hétérogène d'une phase gazeuse composée de gaz permanents et de vapeurs non condensées et d'une phase particulière constituée d'un aérosol dense dont la taille des particules varie entre 0,1 et 0,8 µ.

Du point de vue toxicologique, seuls quelques groupes de substances doivent être pris en considération.

1- La nicotine et ses dérivés.

2- L'oxyde de carbone, qui interfère avec le ravitaillement en oxygène de l'organisme.

3- Des substances irritantes pour les muqueuses respiratoires, présentes à la fois dans la phase gazeuse de la fumée (aldéhydes) et dans la phase particulaire (phénols).

4- Des goudrons, contenant des hydrocarbures polycycliques et diverses substances réputées cancérigènes, tels que le 3-4 benzopyrène. Toutefois, celui-ci est en proportion très faible dans la fumée de cigarette.

D)- LES MEFAITS DU TABAC

sont davantage prouvés par l'étude des statistiques que par la médecine expérimentale. Comme tous les résultats statistiques, ceux-ci sont parfois d'interprétation difficile et souvent contradictoire. Il apparaît que celui qui "avale" la fumée court beaucoup de risques, alors que les effets chez celui qui n'inhale pas sont beaucoup plus discutables.

Dans les statistiques, se dégagent un certain nombre de relations entre le tabac et quelques maladies responsables d'une proportion importante de mortalité.

a)- Action sur l'appareil circulatoire.

Le tabac a une action hypotensive très nette. On constate, chez les fumeurs, une accélération du pouls, une élévation de la tension artérielle et une diminution de la chaleur locale au niveau des extrémités. Les effets sont dus, pense-t-on, à la nicotine.

Le tabac favoriserait donc l'apparition de l'athérome et de l'artérite.

D'autre part, on observe une fréquence accrue de coronarites et

d'infarctus du myocarde chez les fumeurs. L'oxyde de carbone est également un facteur favorisant ces maladies. En effet, l'hémoglobine, bloquée sous forme de carboxyhémoglobine, n'est plus disponible pour transporter de l'oxygène. Cet effet est particulièrement néfaste chez les coronariens et les insuffisants respiratoires.

b)- Action sur le système nerveux.

A petites doses, le tabac agit en stimulant; mais son abus répété produit l'amnésie et la perte de l'attention, le tremblement et les vertiges.

La névrite atrophique optique aurait pour cause, entre autres, l'abus de tabac.

c)- Action sur l'appareil pulmonaire.

Le tabac provoque-t-il le cancer du poumon ? Cela n'est pas encore prouvé, car la concentration en carbures cancérigènes est faible. Cependant, le tabac agit certainement en favorisant le développement du cancer pulmonaire, comme en témoignent les statistiques :

- Chez les non fumeurs : 12 cas sur 100.000 sujets ;
- Chez les fumeurs : 250 cas pour 100.000 sujets.

Les irritants présents dans les deux phases de la fumée sont responsables de l'atteinte des muqueuses respiratoires provoquant des bronchites chroniques, laryngite, emphysème.

d)- Action sur l'appareil digestif.

Les stomatites, les pharyngites sont habituelles. L'apparition de certains ulcères du tube digestif paraît favorisée par l'abus de tabac.

On observera également chez les fumeurs une diminution de l'appétit.

e)- Actions diverses.

Chez les femmes, aux U.S.A., où 48 % des femmes fument, la ménopause serait prématurée, les troubles menstruels plus fréquents et les accouchements plus précoces.

E)- TRAITEMENT DU TABAGISME.

Il y a d'abord les petits moyens , tels que l'usage de succédanés du tabac ; leur efficacité est nulle. Un autre moyen est de satisfaire les réflexes conditionnés des fumeurs au niveau de la bouche : par exemple, avec des bonbons ou du chewing-gum.

Certaines méthodes visent à modifier le goût du tabac en rendant la fumée désagréable. Les produits les plus souvent utilisés sont le nitrate et le protéinate d'argent, l'alun, la quinidine, ...

Enfin, on vient d'élaborer une méthode plus précise, basée sur les principes généraux de la compétition et de la substitution. Cette méthode utilise la lobéline. L'utilisation de la lobéline comme moyen de désintoxication du tabac résulte de sa tolérance croisée avec la nicotine : les fumeurs prenant de la lobéline éprouvent une sensation de satiété du tabac.

En fait, l'aide essentielle du médecin est "psychologique" ; elle dépend avant tout de la relation établie entre le malade et le médecin. La réussite est liée à la volonté du malade de s'arrêter de fumer.

Il paraît souhaitable de poursuivre et d'étendre les recherches objectives sur la composition de la fumée, d'essayer d'établir les relations causales pouvant relier tabac et cancer du poumon.

- Nous terminerons cet exposé en concluant par les moyens de prévention centrés essentiellement sur l'action éducatrice, notamment chez les jeunes générations qui devront être averties des dangers de la consommation excessive du tabac.

Une réduction de la nocivité du tabac sera obtenue par le choix de tabac peu riche en nicotine, par un traitement du tabac, par l'addition de catalyseurs inhibant la formation de carbures polycycliques, en modifiant les conditions de combustion, en utilisant des filtres (c'est le moyen qui serait actuellement le plus efficace).

C O N C L U S I O N G E N E R A L E

Nous terminerons cet exposé en insistant sur le problème de la toxicomanie, question très complexe ! En effet, le nombre de sujets se "droguant" varie considérablement selon les races. L'âge joue un rôle important : les toxicomanies touchent essentiellement les moins de 30 ans.

Leur origine varie à l'infini ; les plus fréquemment invoquées restent la souffrance physique ou morale, l'inadaptation, mais surtout le désoeuvrement et la "curiosité" de connaître un "monde nouveau" (hippies), avec à la longue la ruine de la santé et la perte de toute "dignité humaine".

Emus par ces faits, de nombreux gouvernements ont réuni des commissions chargées d'étudier les problèmes posés et de réprimer le trafic illicite des stupéfiants ; quant aux médecins, ils devront déjouer les nombreuses ruses des toxicomanes qui essaieront de leur "extorquer" des drogues. Ils veilleront surtout à ne pas développer, chez des sujets qui souffrent, des toxicomanies d'origine médicale.

Avant de terminer cette étude, un mot sur l'alcoolisme : l'un des plus grands fléaux de notre pays ; son caractère "patriotique" ne facilite pas la lutte anti-alcoolique. Plus que la répression parfois nécessaire, l'effort doit surtout être, comme pour toutes les toxicomanies, un effort d'"éducation". Celui-ci doit insister sur le caractère

dangereux de l'abus d'alcool, ce caractère n'étant pas toujours admis par les Français. L'action éducative portera également sur les jeunes générations qui devront être instruites des dangers de la consommation excessive du tabac.

En fait, la menace que représente l'usage intempestif des "drogues" réclame une étroite collaboration de tous les organismes responsables. Les ravages qui peuvent se produire sont trop sérieux pour que toutes les mesures de prévention ne soient pas appliquées.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Vu le Doyen de la Faculté
de Médecine Paris-Sud,

Professeur J.-P. ETIENNE

Vu le Président de thèse,

Professeur SAPIN-JALOUSTRE

B I B L I O G R A P H I E

TOXICOMANIES

1- ACKERLY W.C. et GIBSON (Guadelupe) - Lighter fluid "sniffing".- Amer. J. Psychiat., Mai 1964, 12, 1056-61.

2- BATTEGAY R.- Recherches comparatives sur la genèse de l'alcoolisme et des toxicomanies.- Bulletin des Stupéfiants, 1961, 17-19.

3- BENSOUSSAN P. et JOANNIDES A.A.- A propos de l'expérience psychédélique (suite).- Société médico-psychologique, Séance du Lundi 19 Décembre 1966, 112-116.

4- BENSOUSSAN P., JOANNIDES A.A. et SOUBRIER J.P.- Note sur quelques accidents de l'usage incontrôlé des psycho-dysleptiques.- Société médico-psychologique, Séance du 23 Mai 1966, 90-98.

5- BEWLEY T.H.- La toxicomanie aux Etats-Unis.- Bulletin des Stupéfiants, Avril-Juin 1969, 21, n° 2, 13-30.

6- BEWLEY T.H.- Récentes modifications dans la structure de la toxicomanie dans le Royaume-Uni.- Bulletin des Stupéfiants, 1966, 18, n° 4, 1-5.

7- BOUDREAU A.- Connaissance de la drogue.- Editions du Jour, Montréal, 1970.

8- BOUDREAU A., CHALOULT L., HUOT J., LE BLANC J., MARQUIS P.A., BERNARD J.M.- Toxicomanies autres que l'alcoolisme.- E.M.C., 37396 A10, 3, 1972.

9- BOURGEOIS P.- Les suicides par intoxication médicamenteuse massive et leur traitement.- Information médicale et paramédicale, Montréal, 15 Sept. 1970.

10- BRAU J.L.- Histoire de la drogue.- Tchou, édit., Paris, 1968.

11- British Medical Journal - Amphétamines et barbituriques. In Bulletin des Stupéfiants, 21 Juillet-Septembre 1969.

12- BRANBERG - Marihuana. Thirty-five years later.- Amer. J. Psychiat., Septembre 1968.

13- CHAUCHARD P.- Une morale des médicaments.- Fayard, éd., Paris, 1966.

14- CHAPRA G.S. et CHAPRA P.S.- Etude de 300 toxicomanes indiens ; aspects psycho-sociologiques. Etiologie et traitement.- Bulletin des Stupéfiants, Avril-Juin 1965.

15- COHEN S.- LSD 25. (Traduction française). Gallimard, édit., Paris 1966.

16- Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins médicales. (Le Dain) -Rapport préliminaire. Imprimeur de la Reine, éd. (Ottawa) - 1970.

17- DELAY J.- Psycho-pharmacologie et psychiatrie. Vers une classification des drogues psychotropes d'après leur nature et leur fonction.- Bulletin des Stupéfiants, Janvier-Mars 1967.

18- DELAY J. et DENIKER P.- Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie.- Masson, édit., Paris, 1961.

19- DENIKER P. et GINESTET D.- Pharmacologie humaine de l'usage incontrôlé des drogues psychodysleptiques.- Laval Médical, Janvier 1969.

20- DENIKER P.- Drogues modernes et toxicomanies nouvelles.- Revue du Praticien, Tome XXI, n° 7, Mars 1971.

21- DEUTSCH H.- Problèmes de l'adolescence ; la formation de groupes.- Payot, édit., Paris, 1967.

22- DURAND Ch.- Toxicomanies.- Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 1955, 37380 A20 à 30.

23- DUPUY R.- Les opiomanes.- Ed. Alcan, Paris, 1912.

24- DWLARAKANATH C. (Shri) - Emploi de l'opium et du cannabis dans les systèmes traditionnels de médecine en Inde.- Bulletin des Stupéfiants, Janvier-Mars 1965, 17, 1, 15-19.

25- EY, H. , BERNARD P., BRISSET Ch.- Manuel de Psychiatrie, Masson, 1970.

26- GARNIER et DELAMARE - Dictionnaire des termes techniques de médecine. - Maloine, éd., Paris, 1967.

27- GINESTET D.- Les substances hallucinogènes.- Maroc Médical, Juin 1967, 429-433.

28- GOLDBERG L.- L'abus des stupéfiants en Suède.- Bulletin des Stupéfiants, 1968, 20, n° 1, 2-32 et n° 2, 9-38.

29- GRANIER - DAYENX M.- Etude de certains aspects sociologiques de la masticàtion de la feuille de coca.- Bulletin des Stupéfiants, Octobre-Décembre 1962, 1-17.

30- KALINOWSKI L.B. et HACH P.H.- Pharmacological convulsive and other somatic treatment in psychiatry.- Grune & Stratten, éd., New-York, 1969.

31- LEWIN L.I.- Les paradis artificiels. (Traduction française).- Ed. Payot, Paris, 1928.

32- LOOH, COLONNA L., GAUSSEL J.J.- "Portraits de toxicomanes", dans La Vie médicale, Septembre 1970.

33- MAIER H.W.- La cocaïne.- (Traduction française). Ed. Payot, Paris, 1928.

34- MORKI J.- Drug abuse.- Tane Press, éd. (Texas), 1970, 111-126.

35- MURPHY H.B.M.- Le cannabisme ; revue de la littérature psychiatrique récente.- Bulletin des Stupéfiants, Janvier-Mars 1963, 15, n°1, 15-24.

36- MURPHY H.B.M., NEGRETE J.C. et RIOS O.- Abstinence et réadaptation : leurs effets sur les personnes qui pratiquent la mastication de la feuille de coca.- Bulletin des Stupéfiants, 1969, 21, 2, 43-50.

37- NEGRETE J.C. et MURPHY H.B.M.- Déficit psychologique chez les personnes qui pratiquent la mastication de la feuille de coca.- Bulletin des Stupéfiants 1967, 19, n° 4, 11-18.

38- OLIVIENSTEIN C.- La drogue. Editions Universitaires, Paris, 1970, 183-192.

39- OLIVIENSTEIN C.- La prise en charge des toxicomanes.- La Revue de Médecine, Octobre 1972, n° 33.

40- Organisation Mondiale de la Santé. Séries de rapports techniques - Comité O.M.S. d'experts de la pharmacodépendance. Seizième Rapport, n° 407, 1969, 31 p.-

41- OPTAT (Office de la Prévention et du Traitement de l'Alcoolisme et des autres Toxicomanies - Québec) - La consommation de drogues chez les étudiants du secondaire et du collégial de l'île de Montréal. Service de la Recherche - OPTAT, Québec, Août 1969.

42- POROT A.- Les toxicomanes. Collection Que sais-je ?, P.U.F., 1953.

43- RADAUCO-THOMAS C., GARCIN F. et RADAUCO-THOMAS S.- Pharmacologie générale des psychodysleptiques (hallucinogènes).- Laval Médical, Janv. 1969, 40, 11-24.

44- ROSENTHAL S.H.- Persistent hallucinosis following repeated administration of hallucinogenic drugs.- Amer. J. Psychiat., Juil.-Déc. 1964, 121, 238-244.

45- SUTTER J.M., RELICIER Y. et SCOTTO J.C.- Les substances hallucinogènes.- Encycl. Méd.-chir., Psychiatrie, Fasc. 630, F. 10, 3, 1970.

46- TETREAULT L., PERREAULT J. et BARDELEAU J.M.- Les étudiants en médecine, les examens et les médicaments psychotropes.- Union Méd. Canada, Fév. 1966, 95, 182.

47- VILLENEUSE A. et GINESTET D.- Les hallucinations, aspects neuro-psychiatriques, épidémiologie, état actuel du problème. Toxicomanies, Janvier-Avril 1970, 3, 15-32.

48- WEIL A.T.- Emploi de la muscade comme agent psychotrope.- Bulletin des Stupéfiants, Oct.-Déc. 1960, 18, 11, 19.

49- WINICK C.- Guérison spontanée de la toxicomanie par processus de la maturation.- Bulletin des Stupéfiants, Janvier-Mars 1962.

40- ZUNIN L.M.- Marihuana : The drug and the problem military medecine.- Février 1969, 134, n° 2, 104, 110.

ALCOOLISME

Ouvrages et revues de référence

1)- La Revue de l'Alcoolisme : organe du Groupement médical d'Etudes sur l'Alcoolisme, Masson, éd., Paris.

2)- Alcool ou santé : Revue du Comité national de Défense contre l'Alcoolisme, 20, rue Saint-Fiacre, Paris.

3)- Bulletin d'information du Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'Alcoolisme. Documentation française, Paris.

4)- L'Alcoolisme en France : notes et études documentaires.- Document. franç. 1970, 3675-3676.

5)- Effets physio-pathologiques des vins.- Symposium 17-18- 19 Avril 1964. Monographie. I.N.S.E.R.M., Paris, 1965, n° 32.

Toxicologie

6)- ALEX et VEYRAT A.- Les manifestations somatiques de l'alcoolisme.- Cahiers méd. Lyon 1963, 39, n° 6, 597-616.

7)- CASIER H.- Apport des études du métabolisme de l'éthanol à l'aide de l'éthanol marqué.- Monographie, I.N.S.E.R.M., Paris, 1965, N° 32, 27-38.

8)- DAUDET G.- Etude de l'appétence à l'alcool et de son traitement.- Thèse Méd., Bordeaux, 1970.

9)- GERVAIS P.- Les intoxications alcooliques aiguës.- Presse Médicale, 26 Octobre 1966, 74, 24, 1253-1254.

10)- LECOQ R.- La maladie alcoolique et la désintoxication de l'alcoolique.- Gaz. Hôpitaux 1969, 141, n° 3, 593-600.

11)- LEREBOULLET J., LELUC A. et OLIVIER-MARTIN R.- L'action des sucres sur le taux d'alcoolémie.- B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris 1968, 119, n° 9, 731-741.

12)- LEREBOULLET J. et LELUC R.- Absorption et diffusion de l'alcool. Son dosage. La courbe d'alcoolémie.- Revue Prat. 1964, 14, n° 4, 377-388.

13)- TREMOLIERES J. et CARRE L.- Physiologie de l'utilisation de l'alcool dans l'organisme.- Rev. Alesme, 1959, 5, 3, 199-228.

14)- TREMOLIERES J.- Le métabolisme de l'alcool. L'alcool est-il un aliment ? Pathogénie des cirrhoses et des pancréatites chroniques.- Revue Prat. 1964, 14, N° 14, 389-398.

Pathologie

15)- AUGIER S.- Alcoolisme et délinquance. Etude critique et statistique portant sur 67 expertises médico-légales.- Thèse Montpellier, 1961.

16)- CERTHAUX J. et RAMET R.- A propos de l'alcoolémie. Incidences médico-légales.- Méd. psychol. 1962, 120, n° 1, 2, 359-364.

17)- DAUMEZAN G., LEBEAU M.L., BRABANT G.P.- La détérioration mentale chez les alcooliques chroniques. La détermination par les techniques psychologiques.- Rev. Alesme 1961, 7, 4.

18)- DE COQUET J.- L'alcoolémie et l'alcootest après absorption de quantité déterminée d'alcool (à jeun et au cours d'un repas).- Rev. Alesme 1961, 714, 307-312.

19)- DELAY, BRIAN S., ESCAURALLE R. et SANCHEZ A.- Démences alcooliques, pseudo-paralysie générale alcoolique et liaisons cortico-calleuses.- Presse méd. 1960, 8, n° 19, 715-717.

20)- DELAY J. et BRIAN S.- Le syndrome de Korsakoff.- Masson, éd., Paris, 1969.

21)- DUCHENE et BAILLY SALIN P.- La loi du 15 Avril 1954 sur les alcooliques dangereux ; son application.- Rev. Prat. 1964, 14, n° 4, 443-447.

22)- FOUQUET - Aspects psychiatriques des alcoolopathies.- Inf. psychiat. 1971, 1, 49-54.

23)- HECAEN H. et de AJURIAGUERRA J.- Encéphalopathies alcooliques subaiguës et chroniques.- Rev. Neurol..1956, 94, n° 5, 528-555.

24)- HEUYER G., MISES R. et DEREUX J.F.- La descendance des alcooliques.- Presse Méd. 1957, 65, 657-658.

25)- HEUYER G.- Alcoolisme et délinquance.- Rev. Prat. 1964, 14, n° 4, 407-413.

26)- LAPRESLE J.- Les encéphalopathies carentielles des alcooliques.- Sem. Hôp. Paris 1958, 26, 1629-1636.

27)- LE BRETON R.- Justification du choix de la méthode officielle de dosage de l'alcool dans le sang.- Concours méd. 1962, 84, 5323-5340.

28)- LE BRETON R.- Danger des petites alcoolémies au volant et moyens de prévention.- Alcool ou Santé 1969, 94, 11-21.

29)- LE GO P.M.- Le dépistage précoce de l'alcoolisme.- Presse méd. 1968, 76, N° 12, p. 579-580.

30)- LEGRAIN M.- Hérédité et alcoolisme.- Bull. anthropol. 1889, n° 1, 425.

31)- LEREBOULLET J., PLUVINAGE R. et LEVILLAIN R.- Les lésions encéphaliques au cours des polynévrites alcooliques.- Rev. Alcool. 1959, 3-16.

32)- MULLER P. et LENAIR L.- Alcoolémie et conduite automobile.- Rev. Alesme 1969, 15, N° 2, 135-145.

33)- PERRIN P. et SIMON C.- Les décrets prescrivant et réglementant la détermination du taux d'alcoolémie chez les sujets impliqués dans un accident ne sont qu'une application de la loi sur les alcooliques dangereux.- Concours Méd. 1962, 84, n° 22, 2397-3404.

Traitement

34)- DUCHENE H. et BAILLY SALIN P.- Le traitement ambulatoire de l'alcoolomanie.- Rev. Alesme 1962, 8, n° 4, 305-320.

35)- REYSS - BIRAN R.- La cure de désintoxication : mythes et réalités.- Cahiers Méd. Lyon 1963, 39, n° 6, 643-652.

36)- TARA S., LEREBOULLET J. et AMSTUTZ C.- Les substances à effet.- Rev. Alesme 1963, 9, n° 1, 1-3.

37)- VIDART L.- Le traitement hospitalier de l'alcoolomanie.- Rev. Alesme 1962, 8, n° 4, 265-271.